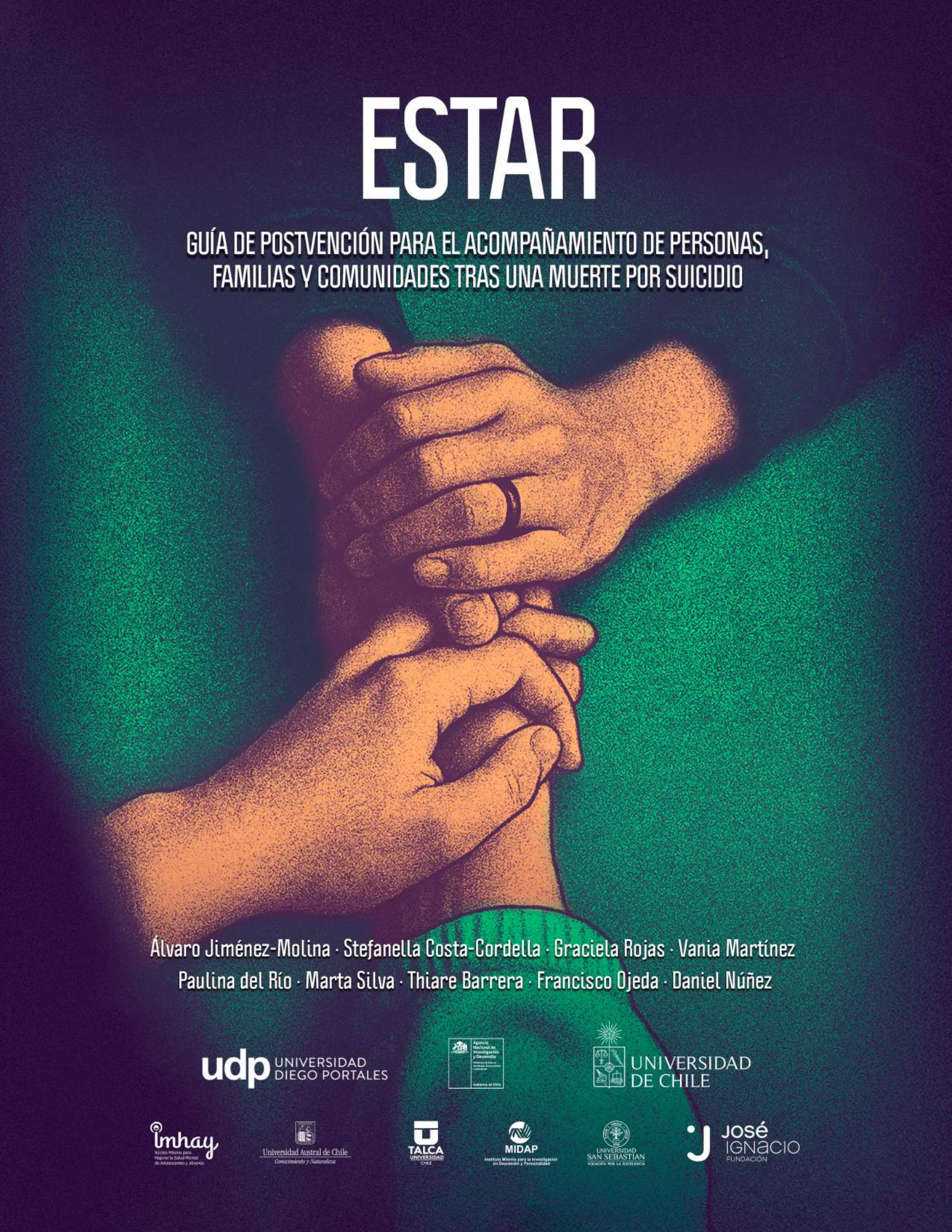
ESTAR

GUÍA DE POSTVENCIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES TRAS UNA MUERTE POR SUICIDIO



Álvaro Jiménez-Molina · Stefanella Costa-Cordella · Graciela Rojas · Vania Martínez
Paulina del Río · Marta Silva · Thiare Barrera · Francisco Ojeda · Daniel Núñez

udp UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES
Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo
UNIVERSIDAD DE CHILE
imhay Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes
Universidad Austral de Chile Conocimiento y Naturaleza
TALCA UNIVERSIDAD CHILE
MIDAP Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN VOCACIÓN POR LA EXCELENCIA
José IGNACIO FUNDACIÓN

Autores
Álvaro Jiménez-Molina (Universidad San Sebastián, Imhay, MIDAP)
Stefanella Costa-Cordella (Universidad Diego Portales, MIDAP)
Graciela Rojas (Universidad de Chile, MIDAP, Imhay)
Vania Martínez (Universidad de Chile, Imhay, MIDAP)
Paulina del Río (Fundación José Ignacio)
Marta Silva (Universidad Austral de Chile, Imhay)
Thiare Barrera (Universidad Diego Portales)
Francisco Ojeda (Universidad San Sebastián)
Daniel Núñez (Universidad de Talca, Imhay)

ISBN
978-956-423-106-8

Propiedad intelectual
Este documento constituye propiedad intelectual de la Universidad Diego Portales, Universidad de Chile y Universidad San Sebastián. Se autoriza su reproducción parcial siempre que se cite la fuente correspondiente. Prohibida su venta.

Entidades patrocinadoras
Universidad Austral de Chile, Universidad de Talca, Fundación José Ignacio, Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay) e Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP).

Cómo citar esta guía
Jiménez-Molina, A., Costa-Cordella, S., Rojas, G., Martínez, V., del Río, P., Silva, M., Barrera, T., Ojeda, F., & Núñez, D. (2025). *Estar: Guía de postvención para el acompañamiento de personas, familias y comunidades tras una muerte por suicidio*. Santiago: Universidad Diego Portales/Universidad de Chile/Universidad San Sebastián

La publicación de esta guía ha sido financiada por el proyecto FONIS SA23I0181.

Diseño y diagramación
Sebastián Mora

Ilustración portada
Hecha a base de Inteligencia Artificial

"Por supuesto que yo sabía que John había muerto. […] Y sin embargo, yo no estaba preparada para aceptar que la noticia fuera definitiva: a cierto nivel seguía creyendo que lo sucedido todavía era reversible. Por eso necesitaba estar sola. […] Necesitaba estar sola para que él pudiera volver. Aquel fue el principio de mi año de pensamiento mágico".

Joan Didion, *El año del pensamiento mágico*

Sobre esta guía 7
Glosario de términos 8
Introducción 11

17
1.1. Niveles de intervención 17
1.2. Estrategias de intervención 18
1.3. Impacto de las estrategias de postvención 18

19
2.1. Repercusiones emocionales y sociales del suicidio 19
2.2. Repercusiones según la relación con la persona fallecida 20
2.3. Modelos de duelo 21

22
3.1. Duelo por suicidio en niños, niñas y adolescentes 22
3.2. Duelo por suicidio en personas mayores 23
3.3. Duelo por suicidio en comunidades mapuche 23

24
4.1. Proceso de duelo: entre lo normal y lo complicado 24
4.2. Estrés postraumático y riesgo de suicidio 24
4.3. Del trauma a la reconstrucción de significados 25

26
5.1. Reflexionar sobre el propio lenguaje 26
5.2. Conectar con redes de apoyo 26

31
6.1 Principios para una comunicación segura 31
6.2. ¿Cómo hablar sobre el suicidio con niños, niñas y adolescentes? 32
6.3. El uso del término "sobreviviente" 33

34
7.1. La importancia de estar presente 34
7.2. Principios del acompañamiento inicial 34
7.3. Primera ayuda psicológica 35
7.4. ¿Cómo entregar la noticia? 36
7.5. Notas de suicidio e investigación forense 36
7.6. Identificación de personas con mayor vulnerabilidad 37
7.7. Preparación de actores de primera línea 37

38
8.1. Principios para la organización de rituales funerarios 38
8.2. ¿Los niños deberían participar del funeral? 38
8.3. Iniciar una nueva tradición o ritual 39
8.4. Espiritualidad y suicidio 39
8.5. Rituales funerarios en la cultura mapuche 39

40
9.1. Clúster o racimos de suicidios 40
9.2. Estrategias de prevención de racimos de suicidios 40

42
10.1. Recomendaciones para una cobertura mediática responsable 42
10.2. Redes sociales y postvención 43

47
11.1. Estar y escuchar 47
11.2. Qué no ayuda en el proceso de duelo 48
11.3. Autocuidado 48
11.4. Psicoeducación y consejería 48
11.5. Grupos de ayuda mutua 49
11.6. Acompañamiento del duelo en niños, niñas y adolescentes 50
11.7. Consideraciones para la postvención en comunidades mapuche 50
11.8. Apoyo y (auto)cuidado de intervinientes en postvención 51

52
12.1. Conmemorar sin imposiciones 52
12.2. Integrar la pérdida 53
12.3. Manteniendo la conexión con el ser querido 53
12.4. Ayudar a otro ayuda 54

59
13.1. Comunicación sensible y transparente 59
13.2. Identificación temprana de personas en riesgo 60
13.3. Estrategias de apoyo y seguimiento 60
13.4. Apoyo al equipo docente y administrativo 61

62
14.1. Estrategias para apoyar a los trabajadores 62
14.2. Impacto del suicidio en jefaturas 63
14.3. Espacios simbólicos en el contexto laboral 63

64
15.1. Impacto del suicidio en profesionales y técnicos de la salud 64
15.2. Apoyo en caso de suicidio de un usuario 65
15.3. Apoyo en caso de suicidio de un compañero de trabajo 65

71
16.1. Preparación 71
16.2. Gestión de la crisis (primeras 72 horas después del suicidio) 72
16.3. Acciones posteriores a la crisis (una a cuatro semanas después del suicidio) 72
16.4. Seguimiento y evaluación (1-12 meses) 72

74
17.1. Líneas telefónicas y chats de ayuda 74
17.2. Red de fundaciones para la prevención del suicidio 75

Florecer a pesar de la ausencia 79

Esta guía para la postvención del suicidio está diseñada para fortalecer las capacidades profesionales para el acompañamiento efectivo y culturalmente sensible de personas, familias y comunidades tras una muerte por suicidio. El documento integra evidencia actualizada con experiencias nacionales e internacionales, proporcionando herramientas conceptuales y prácticas para el manejo de las dificultades que surgen tras estos eventos.

La guía se estructura en cuatro dimensiones principales:

1. Impacto del suicidio y fundamentos de la postvención.
2. Preparación y respuesta inmediata tras un suicidio.
3. Respuesta continua y acompañamiento del proceso de duelo.
4. Seguimiento, recuperación y recursos de apoyo.

El contenido de la guía está dirigido principalmente a profesionales de la salud. Sin embargo, también puede ser útil para responsables de políticas públicas, gestores de salud mental, coordinadores de bienestar en empresas, instituciones educativas o sanitarias, y líderes comunitarios. Su diseño permite una adaptación a diversos contextos y niveles de intervención. Además, puede ser un recurso para programas de formación en postvención del suicidio.

Si bien esta guía no está dirigida directamente a quienes atraviesan un proceso de duelo, puede servir como una herramienta de orientación para quienes buscan reconstruir sus vidas tras una muerte por suicidio.

1. Por razones estilísticas y de brevedad, este documento utiliza el masculino como forma genérica de redacción.

A lo largo de este documento se emplean distintos términos para referirse al suicidio, su impacto y los fenómenos asociados. A continuación, se presenta una nomenclatura y sus definiciones.

Autolesión sin intención suicida o autolesión no suicida	Comportamiento autolesivo sin intención de terminar con la vida, utilizado como mecanismo para regular emociones o enfrentar situaciones difíciles. Entre sus objetivos están aliviar el malestar emocional, castigarse, desviar la atención de pensamientos dolorosos, obtener control sobre una situación o reconectarse con el cuerpo en casos de desconexión de la realidad.
Suicidalidad	Espectro de manifestaciones relacionadas con el suicidio, desde el deseo de morir hasta la muerte por suicidio. Incluye pensamientos y comportamientos como ideación suicida, planificación, obtención de métodos e intentos de suicidio. Estos fenómenos comparten un profundo sufrimiento psicológico que dificulta continuar viviendo, especialmente en situaciones percibidas como sin alternativas ni soluciones.
Ideación suicida o pensamientos suicidas	Variedad de pensamientos en torno al deseo de morir o terminar con la vida, que pueden ir desde desear dormir y no despertar hasta un plan específico (método, lugar, momento) y la intención de llevarlo a cabo. Estos pensamientos varían en intensidad, frecuencia, letalidad del método y nivel de planificación.
Intento de suicidio	Conducta potencialmente autolesiva realizada con el deseo de morir, sin que la intención de muerte deba ser absoluta. No es necesario que ocurra un daño físico; basta con que exista algún grado de deseo o intención de morir y que la acción tenga el potencial de causar autolesión. Se considera un intento "interrumpido" cuando factores externos impiden su ejecución o cuando la persona decide detenerse voluntariamente.
Comportamiento suicida preparatorio	Acciones específicas realizadas con la intención de intentar suicidarse, como obtener un método letal (armas, medicamentos, etc.) o realizar actos de despedida (regalar pertenencias, escribir una nota suicida, etc.). Estas acciones trascienden los pensamientos, marcando un paso hacia la concreción del acto.
Comportamiento suicida	Incluye tanto intentos de suicidio como comportamientos suicidas preparatorios.
Suicidio o muerte por suicidio	Muerte causada por un comportamiento autolesivo con la intención de morir.
Personas expuestas a un suicidio	Son aquellas que tienen conocimiento de un suicidio pero no experimentan un impacto emocional prolongado. La exposición al suicidio puede ser directa, como en el caso de testigos del acto o quienes encontraron el cuerpo, o indirecta, afectando a personas del entorno. Aunque estas personas pueden experimentar un impacto emocional inicial, este suele ser temporal y no genera consecuencias prolongadas en su vida. Este grupo puede incluir, por ejemplo, conocidos del trabajo, personas de círculos sociales o incluso seguidores de una figura pública. Las personas expuestas a un suicidio pueden llegar a convertirse en personas afectadas o en duelo.

Personas afectadas por un suicidio	Son aquellas que desarrollan un malestar psicológico significativo tras la exposición a un suicidio, aunque este impacto, pese a su intensidad, no corresponde a un duelo propiamente dicho. En este grupo se encuentran, por ejemplo, quienes presenciaron el acto, descubrieron el cuerpo o se expusieron a relatos detallados del evento, situaciones que pueden exacerbar sus propias vulnerabilidades, incluso sin haber tenido un vínculo personal con la víctima. Algunas personas, especialmente adolescentes, pueden verse emocionalmente afectadas por el suicidio de figuras públicas o celebridades a las que admiran.
Personas en duelo por suicidio	Corresponde a individuos que presentan un sufrimiento emocional intenso y prolongado tras experimentar una pérdida por suicidio. Su proceso de duelo puede manifestarse a corto plazo (durante un año) o a largo plazo (persistiendo más allá de dos años). Entre estas personas se pueden encontrar familiares, amigos cercanos, compañeros de trabajo o incluso terapeutas con un vínculo significativo con el fallecido.
Sobreviviente o superviviente	En el contexto de una muerte por suicidio, estos términos buscan visibilizar su impacto emocional y social, así como el proceso de recuperación. Pueden referir a familiares, amigos, compañeros de trabajo y otras personas cercanas a la persona fallecida, quienes suelen enfrentar un proceso de duelo. Aunque su uso puede variar según el contexto cultural y lingüístico, ambos términos tienen matices que los diferencian. "Sobreviviente" es más común en América Latina y suele referirse a quienes han perdido a un ser querido por suicidio, enfatizando el proceso de duelo y adaptación tras la pérdida. "Superviviente" se utiliza principalmente en España y busca distinguir a aquellos que han perdido a alguien por suicidio de quienes han sobrevivido a un intento de suicidio (denominados sobrevivientes), destacando la recuperación frente a una experiencia límite.
Postvención	Conjunto de acciones y estrategias destinadas a brindar apoyo a personas, familias y comunidades tras una muerte por suicidio. Su propósito es acompañar a quienes han sido expuestos o afectados por un suicidio, proporcionando apoyo emocional y facilitando su proceso de recuperación.

A nivel global, se estima que aproximadamente una de cada veinte personas se ve expuesta a una muerte por suicidio cada año, aumentando a una de cada cinco a lo largo de la vida (Andriessen et al., 2019). Si consideramos que en Chile ocurren cerca de 1.800 suicidios anuales (MINSAL, 2022), y que cada muerte por suicidio puede impactar significativamente a entre 6 y 135 personas (Cerel et al., 2018; McDonnell et al., 2022), entonces entre 10.800 y 243.000 personas podrían verse expuestas o afectadas cada año en nuestro país.

El suicidio es una forma radical de detener un sufrimiento insoportable. Pero allí donde acaba con el sufrimiento de uno, puede causar dolor en otros. El impacto de una muerte por suicidio puede generar graves consecuencias en la salud física y mental de las personas, afectando también el bienestar de familias y comunidades. A pesar de que muchas personas afectadas o en duelo por suicidio reconocen la necesidad de ayuda profesional durante los doce meses posteriores al suicidio, existen diversas barreras que limitan su acceso a apoyo, como falta de servicios disponibles, incertidumbre sobre dónde buscar ayuda, estigmatización, temor a que sus problemas sean considerados insuficientemente graves para recibir atención, etc. (Andriessen et al., 2019; McDonnell et al., 2022).

La Organización Mundial de la Salud sugiere incorporar acciones de "postvención" en las estrategias nacionales de prevención del suicidio (OMS, 2021). La postvención se refiere a las acciones implementadas tras un suicidio con el objetivo de mitigar su impacto en las personas, familias y comunidades expuestas, acompañar a las personas afectadas o en duelo, facilitar su recuperación emocional y prevenir nuevos comportamientos suicidas. Diversos estudios muestran que recibir apoyo inmediato reduce el riesgo de suicidio en las personas expuestas o afectadas, mejora su recuperación emocional y facilita su retorno a las actividades cotidianas (Andriessen et al., 2019).

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS), iniciado en 2013, incluye elementos de postvención en sus estrategias, principalmente orientados a contextos escolares y medios de comunicación. Sin embargo, una reciente evaluación del PNPS resaltó la importancia de garantizar estándares de apoyo para personas y comunidades tras una muerte por suicidio (Jiménez-Molina et al., 2024). Si bien el Ministerio de Salud ha publicado recomendaciones básicas para el acompañamiento del duelo por suicidio (MINSAL, 2021), un estudio reciente muestra que los profesionales de la salud reportan la necesidad de contar con directrices técnicas y herramientas específicas para implementar acciones de postvención (Jiménez-Molina et al., 2023). Asimismo, quienes han sido afectados por una muerte por suicidio o han atravesado un duelo en este contexto enfatizan la importancia de un acompañamiento que reconozca la complejidad de este proceso.

De esta manera, se evidencia la necesidad de reducir las brechas en el conocimiento y las acciones de postvención del suicidio en Chile, así como de contar con orientaciones que faciliten la implementación de estrategias adaptables a distintos contextos, asegurando una respuesta oportuna, coordinada y de calidad.

Estar: Guía de postvención para el acompañamiento de personas, familias y comunidades tras una muerte por suicidio responde a estas necesidades al ofrecer herramientas y recomendaciones adaptables a diversos contextos. Su propósito es fortalecer la capacidad de respuesta en postvención, permitiendo a los profesionales intervenir de manera efectiva y culturalmente sensible. La metáfora del "estar" refleja una de las principales necesidades de las personas afectadas o en duelo por suicidio. Cuando el dolor se vuelve abrumador, el apoyo más significativo no radica en intentar "resolver" el sufrimiento o acelerar el proceso de duelo, sino simplemente en acompañar y escuchar.

Las recomendaciones y orientaciones de esta guía se basan en:

- Un conjunto de dimensiones, acciones y estrategias para la postvención obtenidas a través de consenso de expertos mediante un panel Delphi[1]. Este panel contó con la participación de expertos nacionales e internacionales, entre ellos investigadores, profesionales de la salud, tomadores de decisiones en política pública y personas que han vivido un duelo por suicidio (expertos por experiencia).
- Una revisión de la literatura científica y guías internacionales sobre postvención del suicidio provenientes de países como Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia y Reino Unido (las referencias de estos estudios, guías

1. El método Delphi es una técnica de consulta estructurada diseñada para alcanzar consenso entre expertos a través de rondas sucesivas de preguntas y retroalimentación. Este enfoque permite recopilar y refinar las opiniones de los participantes, reduciendo discrepancias y facilitando la obtención de conclusiones fundamentadas en la experiencia colectiva. Ampliamente utilizado para el desarrollo de intervenciones y programas de prevención, el método Delphi ofrece beneficios como mejorar la viabilidad y la validez de las propuestas.

y programas están organizadas por temas al final de este documento).

- El conocimiento producido en un estudio sobre duelo por suicidio y estrategias de postvención en Chile (Jiménez-Molina, 2023), el cual permitió identificar necesidades, experiencias y expectativas tanto de personas que han vivido un duelo por suicidio como de interventores.

- La experiencia vivida, clínica y de investigación del equipo responsable, que incluye a investigadores, profesionales de la salud mental y expertos por experiencia.

La guía está organizada en cuatro dimensiones generales:

1. Impacto del suicidio y fundamentos de la postvención: Proporciona un marco para entender las consecuencias emocionales y sociales de una muerte por suicidio en distintos grupos (adultos, niños y adolescentes, familias, profesionales de la salud), así como los objetivos de la postvención.
2. Preparación y respuesta inmediata tras un suicidio: Se centra en proporcionar apoyo temprano a las personas expuestas o afectadas, incluyendo recomendaciones para la elaboración de un protocolo de postvención y para gestionar las primeras respuestas ante la crisis. Por ejemplo, se incluyen lineamientos para la primera ayuda psicológica, consideraciones para rituales funerarios, y el manejo de la información en medios de comunicación y redes sociales. Asimismo, se ofrecen principios para la postvención en contextos educativos y laborales, así como lineamientos de apoyo para equipos y profesionales de la salud expuestos a un suicidio.
3. Respuesta continua y acompañamiento del proceso de duelo: Brinda orientaciones para el acompañamiento de personas afectadas o en duelo por suicidio. Incluye también el testimonio de una persona sobreviviente de una muerte por suicidio.
4. Seguimiento, recuperación y recursos de apoyo: Propone estrategias para identificar y gestionar complicaciones tras una muerte por suicidio, además de ofrecer orientaciones para la conmemoración y la reconstrucción de la vida cotidiana tras la pérdida. También incluye información sobre servicios y recursos de apoyo disponibles en el país.

Estar proporciona herramientas para abordar las consecuencias del suicidio, combinando un enfoque centrado en la persona con una perspectiva comunitaria. Su estructura permite adaptarse a programas y protocolos existentes en ámbitos educacionales, laborales y sanitarios, abordando el impacto de una muerte por suicidio en diversos niveles (individual, familiar y comunitario). En este sentido, esta guía representa un paso relevante hacia el desarrollo de un modelo de postvención activa que permita ofrecer asistencia oportuna a escala local, regional y nacional.

Aunque la implementación estructurada de intervenciones de postvención puede beneficiar tanto a los equipos profesionales como a quienes reciben el apoyo, el uso de esta guía requiere flexibilidad para adaptarse a las necesidades de cada persona, familia y comunidad.

Debido a que ninguna guía puede prever con exactitud todas las intervenciones o el momento idóneo para llevarlas a cabo, es deseable que quienes la utilicen tengan algún nivel de formación en el ámbito de la salud, de manera que puedan identificar grupos con mayor vulnerabilidad, etapas críticas y las intervenciones más pertinentes a corto, mediano y largo plazo. Si bien los líderes comunitarios pueden desempeñar un papel fundamental en la prevención y postvención del suicidio, participando en la identificación de señales de alerta, el apoyo inicial a personas expuestas a una muerte por suicidio y la derivación a servicios de salud locales, es recomendable que reciban una capacitación específica (programas de gatekeepers) para llevar a cabo acciones de postvención. Se recomienda consultar: Vargas, B., & Martínez, V. (2024). *DAS: Detección, Apoyo y Seguridad. Modelo de Entrenamiento en Competencias de Gatekeeper para la Prevención del Suicidio en la Comunidad.* Santiago: Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay).

Antes de ejecutar las acciones específicas recomendadas en esta guía, resulta fundamental verificar la disponibilidad de recursos adecuados y su adaptación al contexto de intervención.



01.

La postvención comprende un conjunto de acciones y estrategias destinadas a brindar apoyo a personas, familias y comunidades tras una muerte por suicidio. Estas acciones son fundamentales, ya que una muerte por suicidio puede tener un impacto profundo y prolongado en el entorno. Por ejemplo, las personas afectadas o en duelo por suicidio enfrentan un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental o conductas suicidas. Sin embargo, muchas de ellas encuentran barreras para acceder a servicios de apoyo adecuados, en gran parte debido a la estigmatización del suicidio, que dificulta la búsqueda de ayuda y el reconocimiento de sus necesidades.

En este contexto, las intervenciones de postvención tienen los siguientes objetivos:

- Acompañar a personas, familias y comunidades tras una muerte por suicidio.
- Brindar apoyo emocional y facilitar el proceso de duelo, promoviendo una expresión saludable del dolor y ayudando a las personas a comprender el impacto de la pérdida.
- Promover la recuperación de las personas, familias o comunidades, restableciendo el nivel de funcionamiento previo a la crisis.
- Gestionar la información sobre el suicidio de manera responsable y sensible, fomentando la búsqueda de ayuda en quienes la necesiten.
- Reducir el riesgo de nuevos comportamientos suicidas entre otros miembros de la familia o comunidad, abordando tanto sus necesidades emocionales como las barreras que dificultan el acceso a ayuda profesional.

1.1. NIVELES DE INTERVENCIÓN

Las estrategias de postvención deben ajustarse a los distintos niveles de impacto que puede generar una muerte por suicidio. Este impacto puede variar según el grado de proximidad (social o psicológica) con la persona fallecida y la presencia de vulnerabilidades preexistentes, como problemas de salud mental o antecedentes traumáticos. Siguiendo la estructura de las estrategias tradicionales de prevención del suicidio, las intervenciones de postvención pueden clasificarse en tres niveles: universal, selectivo e indicado.

Universal	Este nivel está orientado a individuos de la población general que podrían experimentar malestar tras la exposición indirecta a una muerte por suicidio. Las intervenciones pueden incluir directrices para una comunicación responsable e información sobre factores asociados a la conducta suicida, las reacciones psicológicas esperadas y el reconocimiento de signos de malestar emocional en uno mismo y en los demás. Asimismo, estas acciones buscan reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental, sensibilizar sobre la importancia de recurrir a profesionales de la salud y difundir recursos de apoyo disponibles.
Selectiva	Este nivel se dirige a personas que podrían presentar factores de riesgo específicos. Las intervenciones de este nivel incluyen programas de psicoeducación e información oportuna sobre servicios de apoyo. Estas acciones también abarcan la identificación de personas con mayor vulnerabilidad, la mejora en la detección de problemas de salud mental y la prevención de nuevos comportamientos suicidas.
Indicada	Este nivel está dirigido a personas directamente expuestas y afectadas o en duelo por suicidio, quienes pueden experimentar crisis emocional, estrés agudo o trastorno de estrés postraumático. Incluye además acciones dirigidas a acompañar el duelo, reducir sentimientos de culpa y abordar pensamientos y comportamientos suicidas. En este nivel es importante que las intervenciones se prolonguen más allá del periodo inicial de crisis para abordar necesidades a mediano y largo plazo.

Nota: Las personas que requieren el nivel indicado de intervención también pueden beneficiarse de intervenciones universales y selectivas.

1.2. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Existen diversos enfoques y estrategias de postvención, abarcando intervenciones individuales, grupales y comunitarias. Las intervenciones individuales incluyen acciones de contención emocional, primera ayuda psicológica, psicoeducación y consejería, mientras que las grupales y comunitarias abarcan talleres psicoeducativos, capacitación y sensibilización o grupos de apoyo o ayuda mutua (para más información sobre estas estrategias, consultar los capítulos 7 y 11).

La Primera Ayuda Psicológica (PAP) es una intervención temprana diseñada para aliviar el sufrimiento emocional y prevenir complicaciones psicológicas tras un evento crítico. En este sentido, se orienta a brindar apoyo práctico y emocional de manera no invasiva a personas recientemente expuestas a una muerte por suicidio, ayudándolas a afrontar la crisis de manera más organizada y segura.

Los talleres psicoeducativos tienen como objetivo sensibilizar a la comunidad sobre el suicidio y su prevención, proporcionando información y orientación para la identificación temprana de señales de alerta. Asimismo, difunden recursos de apoyo y abordan protocolos de intervención estandarizados para futuros casos. También promueven estrategias para acompañar a personas en situación de vulnerabilidad emocional.

La consejería está orientada a ayudar a las personas a expresar y manejar emociones intensas, como la culpa o la rabia, proporcionando herramientas para el afrontamiento, especialmente en las primeras etapas tras el suicidio. Además, brinda apoyo para comprender la pérdida, encontrar significado en ella y adaptarse a una nueva cotidianidad.

Los grupos de ayuda mutua, liderados por pares o profesionales de la salud, proporcionan un espacio seguro donde las personas afectadas o en duelo por suicidio pueden compartir emociones y experiencias, fomentando la conexión y el apoyo recíproco. Estos grupos ayudan a reducir sentimientos de culpa, vergüenza, aislamiento y estigmatización, al tiempo que promueven el intercambio de estrategias de afrontamiento.

Las estrategias de postvención también incluyen la identificación de personas en mayor riesgo y el acompañamiento durante funerales y conmemoraciones. Estas acciones buscan prevenir conductas imitativas tras un suicidio, detectando a quienes presentan mayor vulnerabilidad y asegurando su acceso oportuno a evaluación profesional.

1.3. IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS DE POSTVENCIÓN

Los estudios indican que el apoyo oportuno tras un suicidio se asocia con resultados positivos: las personas que reciben asistencia muestran mayor disposición a participar en intervenciones terapéuticas posteriores y reportan mejores niveles de bienestar emocional (Abbate et al., 2022; Andriessen et al., 2019). Asimismo, se han documentado beneficios como reducción en la ideación suicida, disminución de sentimientos de soledad y menor ausentismo laboral en los meses siguientes a la pérdida. Esto subraya la importancia de establecer sistemas de apoyo que puedan activarse rápidamente tras una muerte por suicidio.

02.

Para comprender el impacto de una muerte por suicidio, el modelo del "continuo de la supervivencia" (Cerel et al., 2014) distingue tres niveles de afectación: personas "expuestas" a un suicidio, personas "afectadas" y "en duelo" por suicidio (ver glosario de términos para más detalles de cada nivel). Esta clasificación permite reconocer la diversidad de experiencias y el impacto emocional del suicidio, que puede variar en intensidad y duración.

El suicidio es una muerte repentina, violenta, autoinfligida y a menudo sancionada socialmente. Por ello, el duelo por suicidio presenta características únicas que lo distinguen de otros tipos de duelo. Este proceso de duelo no sólo implica lidiar con la ausencia de la persona fallecida, sino también con ciertas repercusiones emocionales y sociales.

• Estrés agudo (ansiedad intensa, taquicardia, tensión muscular, dificultad para pensar o concentrarse) • Amnesia disociativa o dificultad para recordar • Irritabilidad • Hipervigilancia • Insomnio y alteraciones en el sueño (ej. pesadillas recurrentes) • Recuerdos o pensamientos intrusivos • Dificultad para concentrarse	• Alteraciones emocionales persistentes (tristeza profunda, ansiedad, ira) • Pérdida de interés en actividades previamente significativas • Culpa persistente • Creencias negativas sobre uno mismo o el mundo • Estrés postraumático (flashbacks, reactividad fisiológica, síntomas ansiosos)

2.1. REPERCUSIONES EMOCIONALES Y SOCIALES DEL SUICIDIO

El duelo por suicidio se manifiesta a través de diversas reacciones emocionales, cognitivas y físicas, cuya intensidad y duración varían en cada persona. Es común experimentar emociones intensas y contradictorias, lo que dificulta el proceso de afrontamiento y puede alterar la percepción del futuro.

Además del profundo sentimiento de pérdida, las personas en duelo por suicidio tienden a oscilar entre el bloqueo emocional o la negación ("esto no puede ser real") y pensamientos intrusivos sobre el suicidio. La responsabilización, la impotencia y los autorreproches por no haber detectado señales de alerta o intervenido a tiempo son comunes. Por ello el proceso de duelo suele ir acompañado de sentimientos de culpa y preguntas del tipo: "¿Pude haberlo prevenido?", "¿Por qué no me di cuenta?", "¿Qué hice mal?". En muchos casos, los autorreproches surgen como un intento de buscar respuestas y dar sentido a la pérdida.

> ***Con el suicidio uno se culpa en ciertas cosas. Yo me acuerdo que en ese minuto me empecé a cuestionar, 'pucha, por qué no estuve más', como, no sé, 'por qué no estuve más ahí'. En eso yo creo que es distinto, como que uno se cuestiona qué otras cosas [uno] pudo haber hecho. […] Creo que aparece mucho más la culpa en este duelo (Valentina, hija).***

El duelo por suicidio a menudo va acompañado de sentimientos de abandono, rechazo y vergüenza, junto con la sensación de ser juzgado por los demás o incluso por la propia familia. La muerte por suicidio también puede despertar miedo y una mayor conciencia de la vulnerabilidad personal y del entorno, generando una sensación de fragilidad.

El suicidio, además de provocar tristeza, puede generar sentimientos de rabia, ya que algunos lo perciben como una agresión ("¿Por qué me hicieron esto?"). Algunos experimentan enojo hacia el fallecido, percibiendo su decisión como un acto deliberado de abandono o rechazo, mientras que otros se sienten profundamente heridos por la pérdida. Esta rabia suele ir acompañada de ambivalencia emocional, donde las personas oscilan entre pensamientos como "ha sido valiente" y "ha sido un cobarde". La rabia, ya sea dirigida hacia el entorno o hacia uno mismo, es una de las emociones más comunes tras un suicidio, pero resulta difícil de reconocer y expresar debido a la norma social que desalienta sentir hostilidad hacia alguien que ha muerto. Esta dificultad para manifestar la rabia puede generar un profundo malestar, ya que las personas se sienten atrapadas entre sus emociones y lo que consideran socialmente aceptable.

> ***[…] me pasó algo que probablemente le pasa a toda la gente que tiene un duelo. Uno siente que se te fue una parte de la vida, pero tú mirái pa' fuera y el mundo sigue funcionando. Entonces uno piensa desde su dolor, en el fondo, así como '¿por qué son tan indolentes?, ¿por qué siguen trabajando?, ¿por qué van a comprar?, ¿por qué cocinan?, ¿por qué se juntan con sus amigos? Si yo estoy sufriendo' (Roberto, hijo).***

El suicidio deja a las personas enfrentadas a una pregunta constante: "¿Por qué?" ("¿Por qué lo hizo? ¿Por qué no confió en mí?"). Las personas en duelo enfrentan una constante búsqueda de explicaciones, lo cual puede estar acompañado de reflexiones existenciales, como cuestionar el sentido de la vida ("¿Cuál es el propósito de mi vida ahora?"). Gran parte del proceso de duelo implica procesar los hechos, reconstruir el vínculo con el fallecido y aprender a convivir con la ausencia de respuestas. Reconocer y aceptar esta realidad puede ser un paso importante en el proceso de duelo. En este recorrido, las personas comprenden que las pérdidas por suicidio no se "superan", sino que se integran en la propia vida de distintas maneras.

> ***[Recuerdo] un proceso de duelo increíblemente turbulento, con esta necesidad de buscar información, con esta necesidad de buscar los ¿por qué?, ¿qué vimos?, ¿qué no vimos? El constante cuestionamiento de ¿qué podríamos haber hecho?, ¿qué no podríamos haber hecho? La inversión de energía mental asociado a la respuesta en torno al suicidio desgasta el triple en relación a otras muertes (Amalia, hermana).***

El suicidio a menudo genera preguntas sobre el propio rol –real o imaginado– en la muerte del otro. Esta pérdida puede además reactivar antiguos duelos personales, abriendo una pregunta respecto a qué parte de uno mismo se ha perdido con la muerte del otro, ya que la pérdida de un ser querido siempre se entrelaza con la propia identidad.

El suicidio también tiene repercusiones sociales para las personas en duelo, incluyendo una experiencia de silenciamiento y desconexión social. A menudo, el suicidio es una pérdida de la que no se habla. El temor a juicios negativos sobre el fallecido, la familia o su entorno puede llevar a las personas a evitar hablar abiertamente sobre la pérdida, lo que intensifica la sensación de soledad. Asimismo, el suicidio suele estar rodeado de estigma, lo que lleva a las personas a experimentar sentimientos de vergüenza y rechazo.

Una muerte por suicidio puede alterar las dinámicas familiares, generar distanciamientos y romper las redes de apoyo habituales, ya que las personas afectadas tienden a recibir menos apoyo de familiares y amigos en comparación con aquellos que afrontan otro tipo de muertes repentinas (Pitman et al., 2017). Amigos y familiares pueden evitar el contacto por no saber cómo reaccionar, lo que incrementa la sensación de soledad y aislamiento. Además, la desconexión con las redes del fallecido, como compañeros de trabajo o amistades, puede producir pérdidas secundarias e intensificar el duelo al privar a las personas de vínculos importantes que podrían ofrecer consuelo. Por lo tanto, las reacciones del entorno social y afectivo pueden ser determinantes en la experiencia y el curso del duelo.

> ***Lo particular de este duelo es que no tenía a nadie a quien contarle […] a nadie de mis amigos esto le había pasado en la vida. Entonces yo era la única que andaba cargando una maleta que nadie más conocía […] nadie quiere escuchar esto, nadie está preparado para lidiar con esto. Entonces te lo vas guardando y sale en forma de crisis de pánico, de insomnio, de mil cosas (Francisca, hija).***

2.2. REPERCUSIONES SEGÚN LA RELACIÓN CON LA PERSONA FALLECIDA

La pérdida de un ser querido por suicidio presenta desafíos emocionales que pueden variar según la relación con la persona fallecida y las dinámicas familiares que emergen tras la muerte.

Pérdida de una pareja: Puede generar sentimientos de rechazo intensos, acompañados de preguntas como: "¿No fui suficiente para que siguiera viviendo?". Esta experiencia puede oscurecer temporalmente los recuerdos positivos de la relación. Además, las personas pueden sentirse culpabilizadas, especialmente por

familiares del fallecido que también están atravesando un duelo. Incluso la pérdida de una expareja puede ser profundamente dolorosa, aunque muchas veces no sea reconocida ni validada por los demás, dificultando la expresión del duelo.

Pérdida de un hijo: La pérdida de un hijo suele considerarse una de las experiencias más dolorosas, ya que desafía la percepción del orden natural de la vida. Muchos padres y madres experimentan profundos sentimientos de culpa, ya sea por pensar que no le brindaron suficiente atención y cuidado a su hijo o por el hecho de seguir con vida mientras él no. Los padres pueden experimentar una profunda sensación de temor al juicio ajeno, al percibir que han fallado en su deber de protección. Al mismo tiempo, pueden enfrentar la difícil tarea de brindar apoyo emocional a sus otros hijos. Las diferencias en la manera de afrontar el duelo pueden generar distanciamiento entre los padres, mientras que el miedo a que otros hijos consideren el suicidio puede derivar en un estado de hipervigilancia.

Pérdida de un padre o madre: Además de provocar cambios significativos en la dinámica familiar, especialmente si el padre o madre fallecido era el cuidador principal, la muerte puede generar en los niños un profundo sentimiento de abandono y temor a que otros seres queridos también mueran. En los adultos, esta experiencia puede desencadenar cuestionamientos sobre su identidad y su sentido de pertenencia dentro de la familia.

Pérdida de un hermano: Puede sentirse como la pérdida de un compañero de vida. Los hermanos pueden cargar con un profundo sentimiento de culpa por no haber notado el sufrimiento del fallecido. Además, suelen asumir la responsabilidad de apoyar a sus padres, lo que añade una carga emocional a su propio duelo.

Pérdida de un amigo: Puede ser especialmente dolorosa debido a la cercanía y la confianza única que caracteriza estas relaciones, lo que puede intensificar sentimientos de culpa. Por otro lado, los amigos a menudo se sienten relegados durante el proceso de duelo, al no participar activamente en la organización del funeral. A pesar de no ser familiares directos, los amigos pueden necesitar acompañamiento profesional para enfrentar la pérdida.

2.3. MODELOS DE DUELO

Las teorías contemporáneas del duelo destacan la importancia del rol activo de las personas tras una pérdida, en contraste con los modelos que ofrecen un enfoque más estático. En este sentido, el duelo se entiende como un proceso dinámico, no como un estado de pasividad. Procesar una pérdida implica reconstruir el mundo de significados, reorganizar la vida cotidiana y reconfigurar el vínculo emocional con el difunto.

Existen diversos modelos psicológicos que facilitan la comprensión del proceso de duelo, algunos de los cuales pueden adaptarse específicamente al duelo por suicidio. A continuación, se presentan dos de los más reconocidos:

- El modelo de **"tareas del duelo"** de Worden (2022): Este modelo presenta el duelo como un proceso de adaptación a la pérdida, estructurado en cuatro "tareas" principales. La primera tarea es aceptar la realidad de la pérdida, reconociendo conscientemente que la pérdida ha ocurrido y comprendiendo su magnitud y significado en la vida. La segunda tarea es elaborar el dolor de la pérdida, lo que implica enfrentar activamente las emociones relacionadas con ella y permitir que se manifiesten de manera saludable. La tercera tarea es adaptarse a un mundo sin el fallecido, reorganizando la vida cotidiana, ajustando rutinas y roles para incorporar la ausencia. Finalmente, la cuarta tarea es recordar al fallecido mientras se emprende una nueva vida, buscando formas de mantener la conexión emocional con el ser querido sin que esto impida avanzar en el proceso de adaptación.
- El **"mapa del duelo"** de Clark (2001): Este modelo es una herramienta terapéutica que ayuda a gestionar el duelo utilizando la metáfora de un viaje a través de montañas emocionales, subrayando que emociones como la rabia o la angustia son normales. Cada montaña representa un desafío que, al ser escalado, simboliza el esfuerzo necesario para avanzar. Este modelo divide el duelo en tres fases: angustia aguda, adaptación a la separación y una fase final de reorganización. Además, ofrece un seguimiento visual del proceso al comparar los mapas en distintos momentos, ayudando a identificar obstáculos emocionales, tensiones familiares y áreas que requieren mayor atención, lo que puede contribuir a reforzar el sentido de control del individuo sobre su proceso de duelo.

Si bien estos modelos pueden ser útiles para una comprensión inicial del proceso de duelo, es fundamental reconocer que el duelo, especialmente el causado por suicidio, es un proceso único, complejo y no necesariamente lineal. Las reacciones al suicidio varían según las características personales de cada individuo, su experiencia, la comprensión del evento, su estado emocional en el momento de la pérdida y las respuestas del entorno. Cada persona vive el duelo de manera distinta. Es crucial evitar imponer una única forma de vivir el duelo, permitiendo que cada persona lo experimente según sus diferencias individuales, culturales, entre otras. Forzar una normatividad en este proceso puede intensificar la sensación de desajuste y aumentar el sufrimiento de las personas. Por ello, es fundamental ofrecer un espacio de acompañamiento que permita a las personas explorar sus emociones y progresar a su propio ritmo.

03.

El duelo por suicidio es una experiencia cuya manifestación puede variar según factores como la edad, la cultura y el entorno social. Comprender las particularidades de su expresión es fundamental para diseñar intervenciones respetuosas y culturalmente sensibles.

3.1. DUELO POR SUICIDIO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El suicidio de un padre, madre, hermano o ser querido puede ser una de las experiencias más devastadoras para niños, niñas y adolescentes (NNA), quienes no sólo enfrentan la pérdida, sino también el estigma social y la incertidumbre sobre las razones detrás de la muerte. Esta exposición aumenta el riesgo de desarrollo de problemas de salud mental, como depresión y estrés postraumático, además de generar dificultades en el ámbito académico, social y conductual. Su duelo se manifiesta de maneras diversas, desde tristeza, culpa y retraimiento hasta ira e irritabilidad, reflejando muchas veces las emociones del cuidador principal. Algunos pueden evitar el duelo por completo, mientras que otros expresan su dolor a través de cambios en su comportamiento, síntomas físicos o problemas de sueño.

El proceso de duelo en NNA, así como la forma en que integran la memoria del fallecido en sus vidas, está profundamente influenciado por la manera en que su entorno familiar y sus figuras de referencia afrontan la pérdida. Dicho de otro modo, la respuesta de los adultos influye de manera decisiva en el proceso de duelo de NNA.

Aunque muchos NNA tienen preguntas sobre lo sucedido, rara vez las expresan si un adulto no les brinda la oportunidad de hacerlo. Perciben los cambios en su entorno y, cuando la verdad sobre la muerte de un ser querido se oculta, no sólo se debilita la confianza con sus cuidadores, sino que también se genera incertidumbre, fantasías o ideas erróneas. Los niños y niñas pueden llegar a pensar que el fallecido no los quería, que de algún modo son responsables de su muerte o temer perder a más personas cercanas. Minimizar o negar la pérdida no alivia el sufrimiento, sino que lo intensifica, mientras que la posibilidad de recordar al ser querido permite que el duelo sea un proceso más saludable.

El duelo por suicidio en la infancia y adolescencia es un proceso complejo que se manifiesta de manera distinta a como lo experimentan los adultos. Cada niño, niña y adolescente lo afronta de forma única, influenciado por su edad, vínculo con la persona fallecida y otros factores.

A menudo, los niños no logran verbalizar sus emociones, pero las expresan a través de su conducta y sus interacciones. Pueden mostrar ansiedad, retraimiento o incluso conductas regresivas (es decir, conductas propias de una edad anterior a la actual). En algunos casos, pueden parecer ajenos al dolor. El no llorar o no demostrar tristeza de la manera en que lo haría un adulto no significa que no estén afectados.

En la infancia, el duelo suele presentarse de forma intermitente, con periodos breves e intensos de tristeza seguidos de momentos en los que parecen no estar afectados. Esta oscilación es una forma natural de procesar la pérdida. Es fundamental validar sus emociones, permitirles expresarse sin presiones y comprender que cada niño o niña recorre su propio camino en el duelo, sin un patrón fijo ni una única forma "correcta" de afrontar la pérdida

- Cambios en la conducta:
  - Conductas regresivas (por ejemplo, volver a hacer pipí en la cama), rabietas, pataletas.
  - Conductas de dependencia (por ejemplo, ansiedad de separación o "maña" al separarse; en la adolescencia, miedo a ser rechazado por amistades o familiares).
  - Juegos relacionados con la pérdida.
  - Conductas de aislamiento y evitación: querer estar solo, evitar hablar del tema.
  - Participar en conductas de riesgo.
  - No querer ir al colegio.
- Cambios en los patrones de sueño o en la alimentación.
- Síntomas físicos sin explicación médica (dolor de estómago, de cabeza, etc.).

3.2. DUELO POR SUICIDIO EN PERSONAS MAYORES

El duelo por suicidio en personas mayores plantea desafíos relacionados a factores sociales y generacionales. El duelo en personas mayores puede provocar una reflexión profunda sobre el tiempo perdido y el tiempo restante de vida, intensificando pensamientos sobre la muerte o incluso el deseo de morir. A menudo, las personas mayores enfrentan el duelo en soledad, ya que su pérdida puede pasar desapercibida dentro de sus redes sociales y familiares. Esto se ve agravado por la invisibilización de su sufrimiento, ya que los síntomas emocionales o el deterioro funcional se atribuyen a menudo a las dificultades propias de la edad. Los estilos de afrontamiento más estoicos y evitativos que suelen emplear las personas mayores, así como el edadismo (prejuicios o estereotipos sociales hacia estas personas basados en su edad), limitan su capacidad de expresar necesidades y buscar ayuda. A esto se suma la estigmatización del suicidio, profundamente arraigada en generaciones mayores, lo que crea barreras adicionales para hablar del tema o buscar apoyo (consultar el capítulo 5).

3.3. DUELO POR SUICIDIO EN COMUNIDADES MAPUCHE

En la cultura mapuche, el suicidio no sólo representa un duelo individual, sino una ruptura en la armonía espiritual y natural que sostiene las relaciones entre los vivos, los muertos, la naturaleza y las fuerzas ancestrales. El principio de *nor mongen* (vivir en equilibrio) subraya la interconexión y el respeto hacia todas las formas de vida como base del bienestar colectivo. En este contexto, el suicidio se percibe como una pérdida de newen (energía o valor), que refleja simultáneamente un desequilibrio interno y comunitario, requiriendo apoyo espiritual y colectivo para restaurar la fuerza vital y la armonía.

En la tradición huilliche, por ejemplo, el suicidio expresa un quiebre espiritual que impacta a toda la comunidad. Fenómenos como el *weda kurruf* (viento malo) simbolizan fuerzas negativas que desestabilizan el orden natural y espiritual, aumentando el riesgo de crisis emocionales y de transmisión o contagio social de nuevos comportamientos suicidas.

Estas consideraciones exigen un enfoque de postvención culturalmente sensible que considere la cosmovisión, creencias y valores de los pueblos indígenas.

La comprensión de la muerte en NNA evoluciona con la edad y el desarrollo cognitivo. En la etapa preescolar (hasta los 5 años), tienen una comprensión limitada sobre la permanencia de la muerte, percibiéndola como algo reversible o temporal, similar a "dormir" o "irse de viaje", y pueden reaccionar con aparente indiferencia a los rituales funerarios, o atribuirle un significado mágico, creyendo que sus pensamientos o acciones influyen en ella.

A partir de los 6 años, los niños y niñas comienzan a entender que la muerte es irreversible y universal, lo que puede generar ansiedad al tomar conciencia de su propia mortalidad y la de sus seres queridos. A esta edad, los niños y niñas suelen tener una perspectiva centrada en sí mismos, por lo que pueden preocuparse principalmente por cómo la muerte impactará su propia vida. Desde los 10 años, los niños y niñas desarrollan una visión más abstracta de la muerte y reflexionan sobre sus implicaciones emocionales y prácticas, mientras que a partir de los 12 o 13 años, comprenden la muerte como un hecho inevitable y pueden abordarla desde perspectivas filosóficas. Es común que los adolescentes reflexionen sobre el impacto de la muerte en la propia identidad y en el legado de la persona fallecida.

04.

La pérdida por suicido puede dejar un horizonte fracturado, un vacío que detiene el tiempo. El día del suicidio marca un antes y un después en la vida de quienes lo enfrentan, dando inicio a un proceso de duelo profundamente doloroso. Si bien en algunos casos este proceso sigue un curso esperable, en otros puede derivar en un duelo complicado. Las emociones suelen ser más intensas en las primeras etapas, pero con el tiempo tienden a atenuarse, permitiendo a las personas en duelo reconstruir su narrativa e integrar el recuerdo del ser querido en su historia de vida.

4.1. PROCESO DE DUELO: ENTRE LO NORMAL Y LO COMPLICADO

El proceso d e recuperación se manifiesta en la mayoría de los casos como parte de un duelo normal, un proceso natural y esperado tras una pérdida. Aunque doloroso, el duelo permite a la persona enfrentar la ausencia y reintegrarse gradualmente a una nueva vida cotidiana. Sin embargo, cuando el duelo se prolonga y las emociones se intensifican, interfiriendo significativamente en las actividades cotidianas, laborales o académicas, puede convertirse en un "duelo complicado". Este tipo de duelo se distingue por emociones intensas y persistentes, como pensamientos obsesivos sobre la persona fallecida, sentimientos profundos de culpa y una marcada dificultad para encontrar sentido a la vida. De igual modo, puede manifestarse en una atención excesiva o, por el contrario, en una evitación extrema de los recuerdos. Este proceso puede estar acompañado de síntomas de depresión y ansiedad que interfieren significativamente con la funcionalidad diaria.

El carácter violento y potencialmente traumático de la muerte por suicidio se suma a diversos factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de un duelo complicado. Entre ellos se encuentran las relaciones conflictivas con el fallecido, antecedentes de trastornos mentales, la falta de apoyo social, el aislamiento y el estigma asociado al suicidio (el impacto del estigma se desarrolla en el capítulo 6). Asimismo, circunstancias como la imposibilidad de participar en rituales de despedida o la exposición a múltiples pérdidas o eventos traumáticos en un corto período incrementan significativamente la vulnerabilidad a este tipo de duelo.

[…] se desencadena un proceso bastante traumático que yo creo lo describe bien esta sensación de explosión, como que explotara una bomba y uno queda completamente aturdido y es tal el nivel de trauma que todo se vuelve como irreal (Amalia, hermana).

[…] fue violentísimo, esa fue la sensación, se movió todo, fue un terremoto tremendo, porque no estábamos preparados. No había nada que decir, nadie sabía contener, nadie sabía decir nada. Cuando se te muere tu papá uno puede decir, 'se murió mi papá', uno puede empatizar, hay papás que se han muerto, pero en el suicidio no había nadie (Francisca, hija).

4.2. ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y RIESGO DE SUICIDIO

El suicidio puede ser una fuente significativa de estrés, generando respuestas como hiperactivación (sudoración excesiva, palpitaciones, hipervigilancia y sensación constante de amenaza), conductas de evitación (rechazo de lugares, personas o actividades asociadas al fallecido) y síntomas de re-experimentación (revivir de manera intrusiva el evento mediante recuerdos recurrentes, pesadillas o flashbacks). Estas reacciones suelen evolucionar desde un estado de estrés en las primeras 48 horas, hacia un trastorno de estrés agudo en las semanas posteriores, lo que puede convertirse en un trastorno de estrés postraumático (TEPT) si persiste más allá de un mes. Estas dinámicas ayudan a explicar por qué las personas en duelo por suicidio tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar problemas de salud mental en comparación con la población general, con una probabilidad entre dos y tres veces más alta de presentar trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático (TEPT) o requerir hospitalización psiquiátrica (Pitman et al., 2014; McDonnell et al., 2022). Si bien factores tales como la cercanía con el fallecido y las circunstancias del suceso –como encontrar el cuerpo o presenciar el acto– incrementan el riesgo de duelo complicado y TEPT, estos efectos no están determinados exclusivamente por estos factores.

Asimismo, el duelo por suicidio aumenta significativamente el riesgo de conductas suicidas. Los adultos en duelo por suicidio tienen una mayor probabilidad de intentar suicidarse en comparación con quienes enfrentan pérdidas por muertes naturales o repentinas. Se estima que más de un tercio de las personas en duelo por suicidio experimentan ideación suicida en algún momento de sus vidas, y cerca del 10% llega a intentar suicidarse posteriormente (Swanson & Colman, 2013). Esto enfatiza la importancia de ofrecer apoyo oportuno, incluyendo atención profesional en los casos más complejos.

4.3. DEL TRAUMA A LA RECONSTRUCCIÓN DE SIGNIFICADOS

Una muerte por suicidio es potencialmente traumática debido a diversos factores psicológicos y culturales. Su carácter repentino, violento y autoinfligido genera un impacto emocional intenso, a menudo asociado a imágenes perturbadoras. Al mismo tiempo, los autorreproches, el estigma social, el aislamiento y la incertidumbre sobre las razones detrás del suicidio pueden dificultar el proceso de duelo. La interacción de estos factores hace que el duelo sea más prolongado y emocionalmente desafiante, generando un dolor que, al principio, parece insuperable.

Sin embargo, incluso en medio del sufrimiento y del complejo proceso de recuperación, las personas afectadas o en duelo por una muerte por suicidio tienen la posibilidad de experimentar cambios positivos en diversas áreas de su vida. Este proceso no minimiza la pérdida, sino que refleja la capacidad de reconstrucción y resignificación ante la adversidad. Algunos encuentran nuevas oportunidades al asumir responsabilidades que antes gestionaba el fallecido, lo que mejora no sólo su percepción de la capacidad para superar adversidades, sino también sus habilidades para lidiar con los desafíos. Asimismo, la experiencia de pérdida puede fortalecer vínculos con otras personas y fomentar una reevaluación de prioridades.

El proceso de recuperación del duelo complicado depende de una interacción entre factores personales, interpersonales y contextuales. En este proceso, el apoyo percibido del entorno y la capacidad de las personas para expresar abiertamente sus pensamientos y emociones resultan fundamentales. Estas dinámicas fortalecen el sentimiento de conexión, reducen el impacto del estigma y favorecen la construcción de una nueva narrativa, donde reinterpretar la pérdida ayuda a reorganizar pensamientos y emociones. Asimismo, la religión y la espiritualidad pueden proporcionar marcos de significado que permiten a las personas (re)interpretar su experiencia.

Sin embargo, diversas barreras pueden dificultar este proceso, como el aislamiento o las creencias que refuerzan la idea de que la pérdida es insuperable. En este contexto, facilitar el acceso a redes de apoyo, promover la participación en grupos o actividades que fortalezcan el proceso de recuperación y brindar acompañamiento terapéutico pueden desempeñar un papel crucial al guiar a las personas en el proceso de explorar los cambios en su vida. Esto permite a las personas construir nuevas narrativas personales y encontrar un propósito renovado que se puede expresar en frases como: “Usaré esta experiencia para prevenir otras pérdidas” o “Viviré mi vida en honor a mi ser querido”. De hecho, muchas personas en duelo por suicidio, motivadas por el deseo de evitar que otros pasen por experiencias similares, encuentran sentido al involucrarse en actividades como brindar apoyo y acompañamiento a otras personas o comunidades. Estas acciones no sólo contribuyen al bienestar de otros, sino que también ofrecen a las personas un modo de transformar su dolor en un sentido de propósito.

05.

El estigma es un proceso social que implica prejuicios, creencias y actitudes negativas hacia una persona o grupo, generando discriminación y exclusión. En el caso del suicidio, su estigmatización tiene raíces históricas en tradiciones culturales y religiosas. Por ejemplo, durante la Edad Media el suicidio era castigado moral y legalmente, con sanciones como la mutilación de cuerpos y la confiscación de bienes familiares, lo que contribuyó a una larga historia de marginación. Los familiares de personas fallecidas por suicidio solían ser excluidos y privados de rituales funerarios. Aunque actualmente las sanciones legales han desaparecido, el estigma social persiste, manifestándose en silenciamiento y aislamiento dentro de los entornos familiares y comunitarios.

El suicidio suele estar rodeado de estigma, lo que dificulta la expresión emocional y la búsqueda de ayuda en las personas afectadas o en duelo. Las actitudes negativas y la discriminación asociadas al estigma llevan a muchas personas, especialmente en los familiares del fallecido, a ocultar la causa de la muerte por temor a ser juzgados y al rechazo. A su vez, la autoestigmatización puede manifestarse en la evitación de conversaciones sobre el tema. La combinación de estas respuestas emocionales y el aislamiento prolongado puede contribuir al desarrollo de problemas de salud mental.

> ***El duelo ha sido complejo porque el suicidio está muy estigmatizado. En un comienzo, cuando recién supe la noticia, para mí fue fácil decir 'se mató', pero pasados unos meses, ya no decía así. 'Mi papá falleció – ¿y qué le pasó?, le dio un ataque cardiaco' […] uno como hijo de una persona que se suicida tiene más probabilidad de suicidio […] y eso me complicaba en términos de trabajo, omitía todo tipo de información. […] la muerte por suicidio es más terrible, porque socialmente es horrible, socialmente es una cuestión tabú, traumática, de la que no se habla, la gente se siente incómoda (Nicole, hija).***

5.1. REFLEXIONAR SOBRE EL PROPIO LENGUAJE

El estigma relacionado con el suicidio representa un desafío para los profesionales y técnicos de la salud, tanto por su impacto en las personas expuestas y afectadas como por la posibilidad de que los mismos profesionales mantengan prejuicios que dificulten la atención. El estigma en torno al suicidio puede reflejarse en la falta de sensibilidad de algunos profesionales y técnicos de la salud, manifestándose a través de comentarios que responsabilizan a la persona afectada o en una actitud de desconfianza y juicio moral hacia las familias.

En contextos de postvención, abordar el estigma es clave para asegurar intervenciones respetuosas y culturalmente sensibles, lo que requiere que los profesionales y técnicos de la salud reflexionen sobre su lenguaje, sus propios prejuicios y creencias en torno al suicidio (consultar el capítulo 6 sobre el uso de un lenguaje seguro). Fomentar espacios de reflexión y diálogo entre colegas permite a los equipos de salud procesar sus reacciones, identificar creencias estigmatizantes y evitar la reproducción de (pre)juicios en su labor. Además, es fundamental educar a la comunidad sobre la importancia de evitar comentarios o actitudes que refuercen el estigma asociado al suicidio.

5.2. CONECTAR CON REDES DE APOYO

Dado que el estigma asociado al suicidio puede llevar al aislamiento de las personas y familias afectadas, dificultando el acceso al apoyo necesario, los profesionales de la salud desempeñan un papel clave al facilitar la conexión con redes de apoyo comunitario, como grupos de ayuda mutua o asociaciones de sobrevivientes, que permiten compartir el dolor colectivamente y contribuir a la desestigmatización del duelo (consultar capítulo 11).

En comunidades indígenas o rurales, donde la espiritualidad y los saberes tradicionales son fundamentales en el proceso de recuperación, es importante colaborar con líderes comunitarios. La integración de rituales y prácticas locales, como cantos ceremoniales, puede ayudar a reducir el estigma. Para ello, es útil trabajar con facilitadores interculturales y referentes comunitarios, que actúan como puente entre el sistema de salud y las creencias locales.



PRIMERA RESPUESTA Y COMUNICACIÓN

06.

Las palabras importan. El lenguaje en torno al suicidio refleja valores culturales y actitudes sociales. Históricamente, el suicidio ha estado asociado a connotaciones negativas como crimen, inmoralidad o enfermedad, lo que supone un gran desafío para hablar abiertamente del tema.

Muchas personas creen que hablar de suicidio podría aumentar el riesgo de que otros lo contemplen. Sin embargo, esta idea es incorrecta. Por el contrario, la falta de conversaciones acerca del tema dificulta que las personas sepan cómo enfrentarlo o buscar ayuda.

En el ámbito de la salud, persisten actitudes estigmatizantes entre algunos profesionales, quienes pueden percibir el suicidio como un "acto de manipulación" (Almeida et al., 2021). Estas creencias conducen a prácticas poco comprensivas que impiden que las personas expresen abiertamente sus pensamientos suicidas. Estas barreras resaltan la importancia de un lenguaje respetuoso y empático que facilite un diálogo abierto.

6.1 PRINCIPIOS PARA UNA COMUNICACIÓN SEGURA

Utilizar un lenguaje adecuado no sólo contribuye a reducir el estigma en torno al suicidio, sino que también favorece un entorno en el que las personas puedan expresarse con confianza y buscar ayuda sin temor al juicio. Para iniciar o mantener una conversación segura sobre la ideación suicida o el suicidio, es esencial considerar lo siguiente:

- Reconocer y manejar las propias creencias y reacciones: Antes de hablar sobre el suicidio, es importante identificar nuestras actitudes y emociones respecto al tema. Esto ayuda a evitar transmitir juicios o reforzar estereotipos que pueden hacer que la persona se sienta incomprendida o invalidada.
- Utilizar un lenguaje claro y libre de juicios: El lenguaje basado en hechos y libre de connotaciones negativas ayuda a reducir el estigma. Por ejemplo, se recomienda decir "suicidio" o "muerte por suicidio" en lugar de "cometer suicidio" o "suicidio consumado", ya que estos últimos términos sugieren delito, inmoralidad o trivializan la complejidad del acto. Asimismo, se recomienda usar el término "intento de suicidio" en lugar de "intento fallido", para evitar connotaciones de éxito o fracaso.
- Formular preguntas claras y directas: Cuando se aborda la ideación suicida, es recomendable utilizar preguntas concretas y sin ambigüedades, como "¿Has tenido la idea de suicidarte?", "¿Has considerado algún plan para hacerlo?".
- Evitar etiquetas: El lenguaje centrado en las personas evita definirlas por sus condiciones, diagnósticos o acciones, reduciendo así el riesgo de estigmatización.

"Los enfermos mentales"	"Personas con un trastorno mental"
"Los deprimidos"	"Personas con depresión"
"Suicidas" o "víctimas de suicidio"	"Personas que presentan ideación suicida" o "Personas que han muerto por suicidio"
"Intentadores de suicidio"	"Personas que han realizado un intento de suicidio"

Algunos términos empleados en el pasado para describir comportamientos suicidas pueden generar confusión o resultar inapropiados. Por ello, se desaconseja el uso de expresiones como "parasuicidio" y "gesto suicida", debido a su falta de precisión y connotaciones despectivas.

6.2. ¿CÓMO HABLAR SOBRE EL SUICIDIO CON NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES?

Hablar del suicidio con NNA es una conversación desafiante, pero necesaria. Antes de abordarla, es esencial que los adultos reflexionen sobre sus propios sentimientos y miedos, ya que, en muchos casos, son ellos quienes encuentran mayor dificultad para hablar sobre la muerte que los propios NNA. Asimismo, expresar abiertamente el propio dolor permite a los NNA comprender que mostrar emociones es un proceso natural; reprimirlo, en cambio, puede llevarlos a hacer lo mismo, dificultando su proceso de recuperación.

Es ideal que la noticia sea comunicada por sus cuidadores o profesionales capacitados, en un entorno seguro que les permita comprender y procesar la pérdida, evitando que se enteren por rumores o fuentes no controladas.

La información debe ser honesta, sencilla y adecuada a su edad. Algunas consideraciones para abordar el suicidio con NNA:

- Animar a los NNA a expresar sus pensamientos y emociones sobre la muerte, invitándolos a hacer preguntas si lo desean. Sin embargo, es importante respetar sus tiempos y formas de procesar la información, permitiéndoles hacerlo de manera independiente a través de actividades como escuchar música o dibujar.
- Hablar con sinceridad y responder a las preguntas de NNA de manera honesta, pero sin sobrecargar de detalles o dar explicaciones excesivas que puedan generar confusión.
- Corregir información errónea y disipar rumores.
- Repetir la información según sea necesario en el caso de niños y niñas pequeños, ya que procesan la noticia a su propio ritmo y pueden requerir escuchar la explicación varias veces para asimilarla y comprenderla. Es recomendable preguntarles si han entendido lo que se les ha dicho y estar atentos a nuevas inquietudes, ya que podrían querer hablar del tema en el futuro.
- Aceptar que no se puede controlar todas sus reacciones, respetando sus tiempos y formas de afrontar la pérdida.
- Evitar atribuir culpas o responsabilidades, explicando que nada de lo que hicieron o dejaron de hacer provocó la muerte.
- Ayudar a los NNA a identificar y expresar sus sentimientos. Por ejemplo: "Parece que estás triste. Yo también estoy triste".
- Validar distintas formas de vivir el duelo, permitiendo que cada persona lo procese a su manera, ya sea recordando o incluso mostrando aparente indiferencia. Si el niño o niña quiere recordar al fallecido, anímelo a realizar una actividad significativa, como dibujar o pintar.

El lenguaje utilizado debe ajustarse a la edad y nivel de comprensión del NNA.

Niñas y niños pequeños (4 a 7 años): Se recomienda utilizar un lenguaje sencillo, proporcionando imágenes concretas para facilitar la comprensión, evitando expresiones como "se quedó dormido" o "se fue", ya que los niños pueden interpretarlas de manera literal. Es mejor decir: "[Nombre] murió porque su cuerpo dejó de funcionar". Por ejemplo: "El suicidio pasa cuando alguien se siente muy, muy triste y con mucho dolor, tanto que cree que no puede seguir viviendo y hace algo para que su cuerpo deje de funcionar". Es importante reforzar que cuentan con adultos que los cuidarán en este momento difícil.

Niñas y niños mayores (8 a 12 años): Preguntar qué entienden de la muerte del ser querido y aclarar sus dudas con información clara y concreta. Es fundamental que comprendan que el suicidio no fue su culpa. También es importante recordarles que no están solos y que siempre hay adultos dispuestos a apoyarlos. Por ejemplo: "Cuando alguien muere por suicidio, es porque se siente muy triste y piensa que vivir es muy difícil. A veces, no se da cuenta de que hay personas que pueden ayudarlo o no sabe cómo pedir ayuda. Pero siempre hay alguien que quiere apoyarnos en los momentos difíciles".

Adolescentes (13 a 18 años): Los adolescentes suelen estar más expuestos al tema del suicidio a través de medios de comunicación o conversaciones con amigos. Es fundamental abordar el tema de manera directa, explicando que el suicidio es una respuesta desesperada a problemas que son percibidos como sin solución, pero que siempre existen alternativas y formas de recibir ayuda. Es clave fomentar un diálogo sobre sus emociones y preocupaciones, asegurándoles un espacio donde puedan expresarse sin temor a ser juzgados. Es importante abordar posibles sentimientos de responsabilidad, sobre todo en caso de conflictos previos con el fallecido. Además, se recomienda fomentar conversaciones sobre el significado de la vida del fallecido y la manera en que su recuerdo puede perdurar. Asimismo, es importante informarles sobre recursos de apoyo, como líneas de ayuda, y reforzar que no están solos y que siempre hay personas dispuestas a apoyarlos. Por ejemplo: "Hay muchas cosas que quizás nunca entenderemos de la muerte de [nombre del fallecido], pero algo que sí sabemos es que nos quería mucho y que nosotros también

lo queríamos. Siempre será una parte importante de nuestras vidas, y podemos recordarlo por los momentos especiales que compartimos con él/ella. Quiero que sepas que el suicidio es una respuesta desesperada a problemas que pueden parecer imposibles de superar, pero siempre hay otras soluciones. Si alguna vez te sientes angustiado, puedes hablar conmigo o con alguien de confianza. No estás solo".

6.3. EL USO DEL TÉRMINO "SOBREVIVIENTE"

El hecho de haber estado expuesto o sentirse afectado por una muerte por suicidio no implica convertirse automáticamente en un sobreviviente. No todas las personas se identifican con este concepto. La condición de sobreviviente refleja un proceso de autoidentificación vinculado a una narrativa de recuperación personal. Implica redefinirse y encontrar nuevas formas de participar en el mundo sin la presencia del fallecido, enfrentando preguntas profundas como: "¿Quién soy ahora que el otro ha muerto?".

Para promover una comunicación inclusiva, expresiones más neutrales como "personas expuestas a una muerte por suicidio", "personas afectadas por un suicidio" o "en duelo por suicidio" pueden ser más representativas de la diversidad de experiencias sin imponer una narrativa o representación específica.

[La palabra sobreviviente] a mí me hizo sentido porque, al igual que ocurre con la palabra superviviente para las personas que sufrieron un abuso, da un rol de empoderamiento. La palabra no es 'víctima'. […] El superviviente es el que efectivamente está luchando por seguir. Y este cambio simbólico en el rol que tiene uno mismo ante un evento como este te pone en una situación de empoderamiento cuando uno cree que lo perdió todo y que no viene nada más después (Amalia, hermana).

07.

La postvención activa consiste en brindar apoyo y recursos de manera proactiva tras una muerte por suicidio. Las primeras horas y días son cruciales para acompañar a las personas en su proceso de recuperación. Cada interacción, por breve que sea, representa una oportunidad para ofrecer contención y puede marcar una diferencia significativa en cómo las personas procesan esta experiencia.

Los profesionales y voluntarios que brindan este primer apoyo deben reflexionar sobre sus propias creencias y supuestos en torno al suicidio, ya que estos pueden influir en su manera de abordar la situación. Si bien esta guía proporciona estrategias específicas, es importante recordar que cada persona y cada experiencia son únicas, por lo que la flexibilidad y la capacidad de adaptación en las intervenciones es fundamental.

7.1. LA IMPORTANCIA DE ESTAR PRESENTE

Durante los primeros días tras un suicidio, las personas afectadas suelen experimentar un estado de "shock" o "niebla mental". Este estado de desconexión o "piloto automático" afecta significativamente su capacidad para asimilar información nueva y tomar decisiones.

> ***Me enteré a las 21hs [...] Yo quedé en shock. Se activó un piloto automático: 'qué hago', 'a quién llamo' […] todos quedaron en shock […] no lo podían creer. De hecho, creo que les conté tres veces que había ocurrido la situación (Daniel, profesor).***

En este contexto de confusión y dolor intenso, el apoyo más valioso puede ser simplemente estar presente y escuchar. Un simple gesto de condolencia sincero, como "lamento mucho tu pérdida", puede ser más reconfortante que intentar ofrecer explicaciones o consuelo prematuro. La escucha activa, sin juicios ni intentos de "solucionar" el dolor, suele ser suficiente para aliviar parte de la carga emocional inicial.

> ***[Enterarnos del suicidio] fue violentísimo, se movió todo, fue un terremoto tremendo […] no había nada que decir, nadie sabía contener, nadie sabía decir nada (Fabiola, prima).***

> ***Era una situación súper surrealista, esa sensación de que eso no puede estar pasando, como que parecía sacado de una película, y en un estado completamente convulsionado. Yo no sabía a quién abrazar, a quién mirar, qué decir (Amalia, hermana).***

7.2. PRINCIPIOS DEL ACOMPAÑAMIENTO INICIAL

El acompañamiento en los primeros días debe centrarse en respetar el proceso único de cada persona, sin imponer expectativas sobre cómo "debería" vivirse el duelo. Las reacciones emocionales varían ampliamente: algunas personas necesitan hablar constantemente, mientras que otras prefieren el silencio; algunas expresan su dolor abiertamente, mientras que otras pueden parecer distantes o desconectadas. Las experiencias tras una muerte por suicidio son procesos únicos para cada persona, sin formas "correctas" o "incorrectas" de afrontarlas.

Durante las etapas iniciales, las personas suelen experimentar una profunda sensación de incertidumbre sobre el futuro y pueden sentir que el dolor será permanente. Es importante transmitir que, aunque pueden ocurrir recaídas, con el tiempo y el acompañamiento adecuado, la intensidad del sufrimiento suele disminuir gradualmente. Al mismo tiempo, en lugar de minimizar los sentimientos de culpa o tratar de eliminarlos, puede ser de mayor ayuda validar estas emociones como parte natural del proceso.

En estos momentos, el apoyo de familiares o personas cercanas en tareas prácticas y concretas puede ser especialmente importante, ya que muchas de ellas pueden resultar abrumadoras. Esto incluye ayudar con gestiones cotidianas, como hacer compras, cocinar o cuidar a niños; acompañar en trámites administrativos, como notificaciones a bancos,

aseguradoras e instituciones; asistir en tareas sensibles, como la organización de las pertenencias del fallecido; y facilitar la delegación de actividades potencialmente traumáticas, como la limpieza del lugar del suceso. Preguntas como "¿Te ayudo a hacer algunas compras?" son más útiles que ofrecimientos generales.

7.3. PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA

En el contexto de una muerte por suicidio, la primera ayuda psicológica (PAP) puede ser una herramienta clave para intervenir oportunamente y mitigar el impacto inicial en las personas expuestas. A diferencia de intervenciones más intensivas, la PAP se centra en evaluar necesidades inmediatas, proporcionar calma y seguridad, facilitar el acceso a recursos básicos y conectar a las personas con redes de apoyo. Tras un suicidio, es común que las personas expuestas experimenten confusión, ansiedad y dificultades para organizar los pasos necesarios para afrontar la situación. En estos casos, mantener la calma y mostrar comprensión no sólo les ayuda a sentirse seguros, sino que también les permite identificar prioridades y resolver problemas de manera progresiva, otorgándoles una mayor sensación de control.

Aunque el apoyo emocional puede extenderse en el tiempo, la PAP se aplica en el momento inmediato o poco después del evento, desde las primeras horas hasta días después, dependiendo de la gravedad y duración de la crisis.

La PAP se basa en tres principios: observar, escuchar y conectar.

- **Observar** implica evaluar la seguridad del entorno, identificar necesidades urgentes y detectar reacciones de angustia.
- **Escuchar** implica explorar las preocupaciones de la persona y ofrecer contención emocional. La escucha activa exige una presencia genuina y una actitud empática, evitando forzar la conversación, intervenir apresuradamente o juzgar los pensamientos y conductas de la persona. Además, es necesario atender tanto al lenguaje verbal como al corporal, considerando la postura, los gestos y el contacto visual.
- **Conectar** busca facilitar el acceso a redes de apoyo, resolver necesidades inmediatas y fortalecer los lazos con seres queridos.

A diferencia de otras intervenciones, la PAP no es asesoramiento profesional ni debriefing psicológico (una intervención estructurada de apoyo emocional después de un evento traumático), ni exige que la persona analice o detalle el evento traumático.

La Organización Panamericana de la Salud cuenta con una guía de PAP y un programa que puede ser utilizado como formación inicial (disponible en: https://www.paho.org/es/node/44399). Antes de intervenir, es esencial conocer los servicios de ayuda disponibles (consultar capítulo 17).

Otra forma estructurada de brindar esta primera ayuda es el método ABCDE, desarrollado originalmente para situaciones de desastres, pero que puede ser utilizado de manera genérica para responder de manera asertiva frente a una situación de crisis. Su implementación, que puede durar entre 10 y 60 minutos según las necesidades individuales, sigue cinco pasos:

A. Escucha Activa: Invitar a la persona a compartir su testimonio sin presionarla, escuchándola con atención y demostrando comprensión y empatía.

B. Reentrenamiento de la ventilación (Breathing, respirar en inglés): Consiste en un ejercicio guiado de respiración que generalmente dura 10 minutos.

C. Categorización de necesidades: Ayudar a identificar y priorizar necesidades, distinguiendo entre lo que requiere atención inmediata y lo que puede esperar.

D. Derivación a redes de apoyo: Facilitar el acceso a redes de apoyo, priorizando la participación de familiares y amigos como primera fuente de contención.

E. Educación: Explicar que, tras una crisis, es común experimentar diversas reacciones emocionales (culpa, rabia, tristeza, impotencia), físicas (fatiga, insomnio, dolores de cabeza, trastornos digestivos), cognitivas (dificultades para concentrarse, preocupación constante) e interpersonales (aislamiento, sensación de abandono, dificultades laborales o académicas). Aunque pueden resultar desagradables, estas respuestas son normales y temporales.

La técnica ABCDE dispone de manuales y material audiovisual diseñado para la capacitación de personas, incluso aquellas que no sean profesionales de la salud (Cortés y Figueroa, 2016; enlace a videos de formación: *https://www.youtube.com/playlist?list=PL0gH64yAZmxLJNS0o61zM8nDyIg0uHHTo).*

En situaciones donde existe riesgo de autolesión o en las que la persona expresa ideas suicidas, es necesario implementar medidas adicionales, como:

- Garantizar acompañamiento continuo, evitando dejar a la persona sola.
- Contactar el Fono Salud Responde (600 360 7777, opción 2) para obtener orientación sobre cómo ayudar a personas en riesgo suicida, o comunicarse directamente con la Línea de Prevención del Suicidio (*4141) para que la persona en crisis reciba contención profesional.
- Facilitar el acceso a evaluación profesional en un servicio de salud apropiado (centro de referencia, estudiantil, hospital).
- En casos de riesgo agudo, acompañar a un servicio de urgencias (como SAPU) o contactar al SAMU (131).
- Limitar el acceso a medios u objetos que la persona pueda usar para hacerse daño (medicamentos, armas blancas, etc.).

7.4. ¿CÓMO ENTREGAR LA NOTICIA?

La manera en que se comunica una muerte por suicidio puede tener un impacto significativo en cómo las personas procesan inicialmente la pérdida. Es fundamental que esta comunicación sea clara, concisa y empática, adaptándose tanto a las necesidades de los familiares como de la comunidad más amplia.

La noticia a los familiares debe entregarse preferentemente de manera presencial, en un espacio privado y seguro. Es importante:

- Usar un lenguaje directo pero compasivo.
- Respetar su derecho a mantener en reserva ciertos detalles.
- Estar preparado para responder preguntas básicas sobre los siguientes pasos.
- Asegurar que cuenten con acompañamiento inmediato.

En contextos institucionales, la entrega de la noticia en grupos reducidos permite identificar reacciones que requieran contención inmediata. El tono tranquilizador de las figuras de liderazgo contribuye a restaurar un sentido de orden y estabilidad en un momento de crisis. Sin embargo, a menudo no es factible comunicar la noticia de manera presencial a toda la comunidad, y los retrasos en la comunicación oficial pueden fomentar rumores y aumentar la ansiedad colectiva. Por ello, se recomienda:

- Emitir un comunicado escrito que exprese condolencias.
- Evitar detalles sobre el método o lugar del suicidio.
- Respetar si la familia desea no divulgar la causa de muerte.
- Informar sobre posibles ajustes temporales en las rutinas institucionales.
- Incluir información sobre recursos de apoyo disponibles (consultar capítulo 17).

> Estimados miembros de la comunidad [nombre de la institución o comunidad],
> Con tristeza compartimos la noticia del fallecimiento de [nombre]. Expresamos nuestras condolencias a su familia, amigos y seres queridos en este momento difícil.
> Entendemos que esta pérdida puede generar diversas emociones, como tristeza, confusión o preocupación. Queremos recordarles que estos sentimientos son naturales y que no están solos. Si necesitan apoyo, les animamos a contactar a [nombre de persona o unidad] al [número de teléfono o forma de contacto], así como a [insertar nombres e información de contacto de otros servicios de apoyo y líneas de ayuda locales].
> [Si corresponde, puede añadir: Hemos dispuesto un equipo de apoyo para acompañar y asistir a quienes lo necesiten en este momento.Su bienestar es nuestra prioridad y cualquier consulta será tratada con confidencialidad]. [Si corresponde, puede añadir información sobre posibles ajustes en la rutina].
> En estos momentos difíciles, el acompañamiento y apoyo mutuo es fundamental. Les invitamos a hablar con alguien de confianza y a escuchar a quienes puedan necesitarlo.
> Les agradecemos su comprensión y apoyo.
> (Nombre de responsable)

7.5. NOTAS DE SUICIDIO E INVESTIGACIÓN FORENSE

5ólo una minoría de las personas que mueren por suicidio deja una nota; sin embargo, cuando existe, puede generar diferentes reacciones en el entorno. Mientras algunas personas encuentran consuelo en su contenido, para otras puede resultar profundamente perturbador. Algunas personas eligen conservar o desechar la nota, mientras que otras sienten la necesidad de escribir una respuesta.

Las notas de suicidio pueden brindar cierta perspectiva sobre la desesperación de quien las dejó, aunque rara vez ofrecen una explicación de las razones detrás del suicidio. A menudo incluyen disculpas o intentos de liberar a los seres queridos de cualquier sentimiento de culpa, y en algunos casos contienen indicaciones prácticas sobre el funeral o la distribución de pertenencias. Sin embargo, no todas buscan consolar a las personas cercanas; algunas pueden ser profundamente desconcertantes. Por ello, es fundamental abordar su contenido con sensibilidad, eligiendo el momento y la forma adecuados, y respetando cualquier investigación forense en curso.

En las investigaciones sobre una muerte por suicidio, los familiares o personas cercanas pueden ser entrevistados para esclarecer las circunstancias del fallecimiento. La policía, por lo general, busca descartar la participación de terceros y recopilar información sobre el comportamiento de la persona en sus últimos días. En estos casos, la autopsia realizada por el Servicio Médico Legal es obligatoria. Sin embargo, estos procedimientos se enfocan en el "cómo" de la muerte, por lo que no responden a las preguntas sobre las razones detrás del suicidio. Además, el proceso puede extenderse por días o semanas, lo que prolonga la incertidumbre y dificulta el proceso de duelo.

En el ámbito de la investigación forense, algunos servicios de salud llevan a cabo "autopsias psicológicas", una metodología estructurada para reconstruir el perfil psicológico y las circunstancias previas al suicidio. Este proceso se basa en la recopilación y análisis de información obtenida mediante entrevistas con familiares y personas cercanas, con el objetivo de identificar posibles motivaciones de la persona antes de su muerte. Sin embargo, debido a su complejidad, estos estudios se aplican en un número limitado de casos.

La manera en que se gestione la comunicación sobre el proceso de investigación forense puede afectar la recuperación de las personas. Por ello, es importante:

- Proporcionar información clara del proceso para reducir la ansiedad.
- Aclarar que la indagación se enfoca en los aspectos concretos de la muerte, sin ahondar en sus causas emocionales.
- Enfatizar que el suicidio es multifactorial y no obedece a una sola causa o evento.

7.6. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS CON MAYOR VULNERABILIDAD

El impacto de un suicidio trasciende el círculo más cercano, afectando a cualquier persona vinculada al entorno donde ocurrió, ya sea un establecimiento educacional, un lugar de trabajo o una comunidad. La intensidad de este impacto depende principalmente de tres factores: la cercanía con la persona fallecida, el grado de exposición al suceso y la existencia de vulnerabilidades previas. Por ello, es fundamental identificar a las personas más afectadas en los días y semanas posteriores, establecer un primer contacto para evaluar sus necesidades y derivarlas a los recursos de apoyo disponibles.

Existen dos grupos principales que suelen requerir atención inmediata: los familiares del fallecido y las personas expuestas directamente al suicidio (testigos). Es importante que las personas cercanas al fallecido reciban la noticia acompañadas, brindándoles contención emocional inicial y, si es necesario, orientándolas hacia servicios de salud. Para quienes estuvieron expuestos al suceso, es clave ofrecer un espacio para expresar sus emociones y realizar un seguimiento individual, presencial o telefónico, reforzando que el estrés temporal es una reacción normal. Si los síntomas de estrés o angustia persisten a mediano plazo, se debe considerar derivarlos a atención en salud.

Algunos individuos pueden desarrollar problemas en las semanas posteriores al evento. Las personas consideradas con mayor vulnerabilidad suelen presentar uno o más de los siguientes factores: problemas de salud mental, pensamientos o intentos de suicidio previos, exposición a eventos traumáticos, dificultades de regulación emocional o impulsividad, experiencias de acoso (ya sea como víctimas o perpetradores). Entre los signos más frecuentes para su identificación se encuentran:

- Sentimientos de profunda tristeza o irritabilidad.
- Pérdida de interés y/o fatiga persistente.
- Problemas de sueño (insomnio o hipersomnia) y/o cambios en el apetito.
- Aislamiento social.
- Excesiva sensación de culpabilidad.
- Ideación suicida.

En la identificación de personas con mayor vulnerabilidad, puede resultar útil consultar con el personal del entorno sobre posibles preocupaciones, garantizando en todo momento la confidencialidad.

7.7. PREPARACIÓN DE ACTORES DE PRIMERA LÍNEA

Los actores de primera línea (bomberos, policías, paramédicos, personal de urgencia hospitalaria, entre otros) tienen un rol fundamental al interactuar con familiares o personas expuestas a una muerte por suicidio. Si bien su objetivo principal es abordar el incidente, sus acciones e interacciones pueden afectar de manera significativa la experiencia de las personas. Por ello se ofrecen algunas pautas para actuar en la escena:

- Ofrecer ayuda respetuosamente, sin imposiciones.
- Validar emociones de las personas y atender a la presencia de niños o personas con mayor vulnerabilidad.
- Evitar teorías o detalles innecesarios sobre la causa de muerte.
- Orientar sobre preguntas frecuentes: proceso de autopsia, donación de órganos, identificación del cuerpo, gestión de objetos personales y obtención de certificados de defunción.
- Facilitar información sobre servicios de ayuda.

Los actores de primera línea, incluyendo los profesionales con amplia experiencia, pueden enfrentar elevados niveles de estrés o trauma. Por ello, estos actores y su entorno deben estar alerta a posibles señales de riesgo, como cambios en la conducta y síntomas de TEPT (pensamientos intrusivos, evitación, pensamientos negativos e hiperactivación). En profesionales como bomberos y policías, destacan manifestaciones como aislamiento social, baja confianza en sus habilidades, ira descontrolada o impulsividad, violación de procedimientos y asumir riesgos innecesarios. Además de reconocer estos indicios, es importante fomentar el autocuidado, como el descanso adecuado, habilitar espacios de diálogo con colegas o supervisores y acudir a ayuda profesional cuando sea necesario.

08.

Las estrategias de postvención deben incorporar espacios simbólicos y reflexivos que faciliten a las personas, familias y comunidades el procesamiento de la pérdida, la construcción de su significado y la recuperación de la estabilidad emocional. Los rituales funerarios, al integrar palabras, acciones y símbolos, facilitan la expresión de emociones y la aceptación de la realidad de la muerte. Además de acompañar el proceso de duelo, estas prácticas favorecen la reintegración a las rutinas cotidianas y fortalecen la cohesión dentro de las comunidades.

Sin embargo, los rituales funerarios y las actividades conmemorativas tras un suicidio deben abordarse con especial sensibilidad para prevenir efectos negativos, como la idealización de la muerte o la imitación de conductas suicidas, especialmente en personas con mayor vulnerabilidad.

8.1. PRINCIPIOS PARA LA ORGANIZACIÓN DE RITUALES FUNERARIOS

Los rituales y conmemoraciones deben equilibrar el respeto por quienes están en duelo con la protección del bienestar de la comunidad. Para lograrlo, se pueden seguir estos principios generales:

- La asistencia a funerales o actos conmemorativos debe ser voluntaria, especialmente para menores de edad.
- Cualquier conmemoración organizada por una institución debe contar con la aprobación de la familia del fallecido.
- Manejar los rituales funerarios de manera similar a otros fallecimientos, siguiendo el formato habitual de los funerales, sin enfocarse en los detalles de la muerte.
- Aunque pueda existir presión por parte de la comunidad, es recomendable que estas actividades sean acotadas en tiempo y espacio. No suspender ni alterar el funcionamiento institucional de manera prolongada.
- Convertir la conmemoración en un espacio para la reflexión que contribuya al proceso de duelo. Acciones simbólicas como minutos de silencio o cartas de condolencia pueden fomentar el acompañamiento mutuo y la exploración del significado de la pérdida.
- Evitar mensajes que sugieran que el suicidio es una solución o una consecuencia inevitable.
- Habilitar espacios temporales de memoria que permitan la reflexión. No se aconseja la creación de memoriales permanentes, como placas, murales o animitas, que puedan idealizar al fallecido como una figura heroica o mártir. En su lugar, se sugiere realizar actos simbólicos, como colocar flores o plantar un árbol, procurando que sean discretos.
- Si se crean páginas conmemorativas en internet o redes sociales, su permanencia debe ser limitada (por ejemplo, un período máximo de 30 días).

8.2. ¿LOS NIÑOS DEBERÍAN PARTICIPAR DEL FUNERAL?

Incluir a niños y niñas en los rituales de despedida, como funerales, puede favorecer una sensación de control y seguridad en medio de la incertidumbre. La participación de niños y niñas en rituales funerarios puede convertirse en una experiencia significativa que les ayude a sentirse acompañados y a desarrollar herramientas para procesar la pérdida. Explicarles con claridad en qué consiste el funeral y preguntarles si desean asistir les permite involucrarse en el duelo familiar, dándoles la oportunidad de expresar sus emociones y honrar la memoria del ser querido. Por ejemplo, contribuye a integrar el recuerdo del fallecido en sus vidas, en lugar de desvincularse por completo.

Antes de la ceremonia, es importante preparar a los niños y niñas, describiéndoles el lugar, explicando qué sucederá y quiénes estarán presentes. También es recomendable preguntarles cómo les gustaría participar, por ejemplo, haciendo un dibujo o escribiendo una carta de despedida. Durante el funeral o rito, es importante que cuenten con la compañía de un adulto, disponible para brindar explicaciones y ofrecer contención si lo necesitan. De este modo, los rituales de despedida pueden ser un puente que los ayude a comprender la ausencia y a mantener un vínculo simbólico con quien ya no está, permitiéndoles transitar el duelo.

8.3. INICIAR UNA NUEVA TRADICIÓN O RITUAL

Repetir antiguas tradiciones en las que participaba el fallecido puede ser doloroso, ya que su ausencia se siente profundamente. Por ello, es recomendable crear nuevas formas de mantener su recuerdo presente. Muchas familias optan por modificar la forma de conmemorar estas fechas o crear nuevos rituales que les ayuden a adaptarse a la pérdida. Iniciar una tradición, como escuchar y cantar en familia su música favorita en su cumpleaños o visitar su tumba en cada aniversario junto a sus amigos más cercanos, puede ser una manera de honrar su memoria. Cada persona puede encontrar su propia manera de conectarse con el fallecido, adaptando los rituales a lo que le brinde mayor consuelo.

> ***Después de 29 años de matrimonio, mi señora murió por suicidio. El mundo se detuvo, todo parecía un sueño: esto no podía haber sucedido. Ella era tan alegre y cariñosa, ni mis hijos ni yo podíamos explicarnos por qué. Al cumplirse una semana del fallecimiento sentí que necesitaba recordarla de una manera especial y, con mis hijos, decidimos poner su foto más linda sobre una mesita, con flores y una vela por cada uno de nosotros. Con el tiempo ellos dejaron de participar, pero yo sigo hasta hoy, todos los miércoles, cambiándole sus flores, prendiendo mi vela, conversando con su foto sobre los niños, mi trabajo, mis dificultades y contándole en general lo bueno y lo malo de la semana (Nicolás, pareja).***

8.4. ESPIRITUALIDAD Y SUICIDIO

El suicidio no sólo genera un impacto emocional, sino que también puede tener una dimensión espiritual y religiosa, lo que añade complejidad al proceso de duelo. Mientras algunos sobrevivientes buscan respuestas o consuelo en sus creencias, otros pueden alejarse de su religión o encontrar refugio en nuevas formas de espiritualidad, en la naturaleza o en comunidades religiosas. Es común que la pérdida provoque cambios en la filosofía de vida o en las prioridades personales, ofreciendo en algunos casos un sentido de propósito en medio del dolor.

Por otro lado, muchas tradiciones religiosas establecen prohibiciones o sanciones sobre el suicidio, lo que puede intensificar los conflictos internos con la fe y reforzar mensajes culturalmente arraigados que generan sentimientos de culpa y estigma.

Para ofrecer apoyo en estos momentos, es fundamental combinar la escucha activa con un enfoque culturalmente sensible que respete las creencias individuales. Cuando es solicitado, el acompañamiento espiritual puede ser un recurso valioso para la recuperación emocional. Sin embargo, es importante evitar asumir posturas doctrinales o hablar en nombre de una fe que no se conozca profundamente, asegurando que el apoyo se base siempre en el respeto por las creencias y necesidades de cada persona.

8.5. RITUALES FUNERARIOS EN LA CULTURA MAPUCHE

En la tradición mapuche, el suicidio trasciende el sufrimiento individual y se entiende como una alteración del equilibrio natural y espiritual. Se le asocia con fuerzas negativas que provocan una ruptura profunda, afectando no sólo a la persona, sino a toda la comunidad. Para restaurar la armonía individual y colectiva, se realizan rituales comunitarios como el machitún, liderado por la machi, quien conecta el Nagmapu (espacio físico) y el Wenumapu (espacio espiritual). Este ritual emplea elementos como el tayül (cantos sagrados) para sanar al püllü (espíritu) y proteger a las personas afectadas.

Por lo tanto, estas ceremonias no sólo buscan reducir el sufrimiento individual, sino también reafirmar la identidad cultural y fortalecer la cohesión comunitaria mediante prácticas como el kelluwun (colaboración), el nütram y ngülam (conversaciones orientadoras). Este proceso conecta la recuperación personal y colectiva con la tierra y los ancestros, resaltando la importancia de la conexión con la naturaleza para preservar la salud espiritual.

> ***Flor de ulmo te regalo / agua pura en mi quebrada… / te regalo flor de notro te regalo, / te regalo anunciador de primaveras / roja flor como el copihue. / Los canelos y los hualles / medicina para el alma te regalo, / te regalo, te regalo, te regalo… (Faumelisa Manquepillán, en Rodríguez, 2022: 177).***

09.

En los programas de postvención, una de las principales preocupaciones es el riesgo de transmisión del comportamiento suicida, también conocido como "contagio social". Este fenómeno, denominado "efecto Werther", describe cómo la exposición a un suicidio puede incrementar la probabilidad de que otras personas, especialmente jóvenes, intenten quitarse la vida. Por ejemplo, se ha observado que los jóvenes expuestos a un suicidio tienen entre 2 y 4 veces más probabilidades de suicidarse en comparación con aquellos que no han estado expuestos (Gould et al., 1990).

La transmisión del riesgo puede producirse de forma:

- **Directa:** a través de la exposición a suicidios en el entorno cercano (pares, familiares, comunidad).
- **Indirecta:** mediante la cobertura de medios de comunicación, redes sociales o representaciones ficticias que fomentan la percepción del suicidio como una solución posible o que destacan métodos específicos.

Los medios de comunicación juegan un rol importante en la transmisión del riesgo suicida. El modo en que se informa sobre el suicidio puede influir en el comportamiento de la audiencia, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad. Un metaanálisis evidenció un incremento del 13% en suicidios tras informes sobre el suicidio de celebridades, cifra que asciende al 30% cuando se detalla el método (Niederkrotenthaler et al., 2020). Incluso las representaciones ficticias, como series de televisión, tienen efectos similares, con un aumento del 18% en suicidios y del 33% en intentos. Este fenómeno puede explicarse por la tendencia a imitar comportamientos observados, especialmente si las personas que los modelan generan identificación o si el acto se presenta como una forma de alcanzar resultados deseables (Martínez et al., 2023).

9.1. CLÚSTER O RACIMOS DE SUICIDIOS

Un clúster o racimo de suicidios se refiere a un número de casos superior al esperado en un lugar o períodos específicos. Aunque los racimos se definen por tres o más suicidios relacionados, dos casos en una misma comunidad (como una escuela o espacio laboral) pueden tener repercusiones significativas. Estos eventos pueden conectarse a través de factores directos (relaciones personales) o indirectos (influencia mediática, problemas locales).

El contagio social y las relaciones selectivas son mecanismos que participan en la formación de racimos. El primero implica la imitación de comportamientos tras la exposición al suicidio, mientras que el segundo refleja la agrupación de personas con características o vulnerabilidades similares. Estos procesos suelen entrelazarse, dificultando su distinción. Además, factores individuales como pérdidas recientes, duelo por suicidio o características compartidas con quienes se suicidaron pueden incrementar significativamente el riesgo, particularmente en quienes enfrentan aislamiento social, antecedentes de autolesión o de intento de suicidio. Asimismo, grupos como jóvenes, personas con problemas de salud mental y quienes están privados de libertad enfrentan un riesgo elevado de verse involucrados en racimos. En este sentido, escenarios como instituciones educativas, lugares de trabajo, instituciones psiquiátricas y cárceles son entornos propensos a este fenómeno.

9.2. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE RACIMOS DE SUICIDIOS

La prevención de racimos de suicidios requiere estrategias que reduzcan la transmisión social del riesgo en la comunidad y aseguren un manejo adecuado de la información mediática. Diseñar planes de respuesta anticipada es fundamental, especialmente considerando las dificultades para identificar racimos debido a la falta de datos en tiempo real o conexiones claras entre los casos. Para prevenir la transmisión del riesgo suicida y mitigar sus efectos, las intervenciones pueden organizarse en tres etapas.

1. **Detección inicial:** Identificar de manera temprana a las personas expuestas o afectadas. Este grupo incluye

familiares, amigos cercanos, testigos directos del suicidio y personas con vulnerabilidades preexistentes. A nivel individual, el riesgo se incrementa en quienes se identifican con la persona fallecida o son percibidos como responsables del suicidio. La detección puede apoyarse en sistemas de monitoreo local, cuestionarios digitales y la participación de actores clave como docentes o líderes comunitarios.

2. **Evaluación en profundidad:** Las personas identificadas deben ser evaluadas para determinar su nivel de riesgo. Para ello se recomienda utilizar instrumentos estandarizados, como la Escala de Evaluación de Severidad de Riesgo Suicida de Columbia (C-SSRS). Este análisis permite derivarlas oportunamente a profesionales de la salud, asegurando que reciban la atención adecuada.
3. **Seguimiento:** Es importante mantener un monitoreo de las personas en riesgo durante al menos seis meses.

A nivel social, la cobertura mediática y la difusión de información en redes sociales pueden amplificar el riesgo de transmisión. Un manejo responsable de los medios de comunicación es crucial para evitar el sensacionalismo, la desinformación y la glorificación del suicidio, factores que favorecen el contagio social (consultar el capítulo 10). Además, es fundamental proporcionar recursos de apoyo en la comunidad.

1. Desarrollar plan de respuesta

- Crear un Grupo de Respuesta, identificando entidades para liderar y coordinar respuesta, adaptándola según contexto (ej., entornos educativos o laborales).
- Colaborar en la elaboración de reportes responsables en medios de comunicación.
- Establecer mecanismos de asistencia a personas afectadas (acompañamiento en proceso de duelo).

2. Detección

- Vigilancia: monitoreo de datos o casos relacionados con comportamiento suicida y suicidios recientes (recopilar información de actores locales, monitorear presentaciones hospitalarias).
- Investigar posibles conexiones entre los casos. La falta de vínculos aparentes no debe retrasar la activación de las primeras etapas de respuesta.

3. Intervenciones mediáticas

- Asegurar que los medios locales adhieran a lineamientos de comunicación responsable.
- Identificar contenidos potencialmente dañinos y tomar medidas para limitar su difusión.

4. Identificación y apoyo a personas en riesgo

- Facilitar apoyo emocional a personas afectadas por casos de suicidio.
- Aumentar conciencia sobre prevención del suicidio y publicitar servicios de ayuda disponibles.

5. Monitoreo y evaluación

- Establecer mecanismos de evaluación de las acciones implementadas y ajustar estrategias según sea necesario.

10.

Los medios de comunicación y las redes sociales (RRSS) tienen un impacto significativo en la formación de actitudes, creencias y comportamientos relacionados con el suicidio. Por ello, es fundamental abordar con responsabilidad la comunicación de una muerte por suicidio en estas plataformas.

Una gestión inadecuada de la información en medios de comunicación y la difusión de casos de muerte por suicidio en redes sociales puede amplificar el impacto emocional e incrementar el riesgo de "contagio social" del comportamiento suicida, especialmente en personas con mayor vulnerabilidad. En efecto, las RRSS pueden difundir rápidamente noticias sobre muertes por suicidio y alcanzar a un público amplio, incluyendo personas sin un vínculo cercano con el fallecido. Aunque las RRSS brindan un espacio para expresar condolencias y compartir recuerdos, la falta de una moderación adecuada puede propiciar desinformación, difusión de detalles sensibles, así como comentarios dañinos.

Sin embargo, una cobertura mediática responsable puede desempeñar un rol protector, conocido como "efecto Papageno". Esto ocurre cuando la información se enfoca en mensajes de esperanza y recuperación tras una crisis suicida, ofrece detalles sobre servicios de apoyo disponibles y promueve activamente la búsqueda de ayuda.

10.1. RECOMENDACIONES PARA UNA COBERTURA MEDIÁTICA RESPONSABLE

La cobertura mediática del suicidio debe evolucionar de un enfoque meramente informativo hacia uno educativo, que fomente el diálogo constructivo y promueva la búsqueda de ayuda. En línea con las directrices de la OMS (2023), se ofrecen lineamientos de buenas y malas prácticas para una cobertura responsable, aplicable tanto a medios tradicionales como a RRSS.

• Emplear una terminología adecuada, clara y neutra (lenguaje seguro) • Enmarcar el suicidio como un problema de salud pública: es una causa de muerte prevenible (no es inevitable), que responde a múltiples factores, incluyendo problemas de salud mental • Utilizar estadísticas precisas, proporcionando contexto adecuado • Aportar información sobre señales de alerta del comportamiento suicida • Utilizar imágenes o metáforas que transmitan un sentido de pertenencia, esperanza y recuperación • Evitar producir malestar al entrevistar a personas en duelo o con exposición directa a un suicidio • Ser cuidadoso al informar sobre el suicidio de personas famosas • Promover historias de esperanza, destacando casos de personas que han superado momentos difíciles buscando ayuda • Proporcionar información sobre dónde y cómo buscar ayuda (ej. línea de prevención del suicidio)	• Utilizar términos desactualizados, estigmatizantes o sensacionalistas, como "epidemia de suicidios" • Simplificar causas de un suicidio atribuyendo la muerte a un único evento, como una ruptura amorosa o una crisis laboral • Presentar estadísticas desactualizadas, sin contexto suficiente ni fuentes • Estereotipar el suicidio y a las personas afectadas • Publicar el contenido relacionado con un suicidio como tema principal y repetir sin necesidad la noticia • Utilizar imágenes explícitas o representaciones que refuercen estereotipos, como métodos y lugares asociados al suicidio (armas, puentes, etc.) • Describir el método de suicidio utilizado o describir detalles del lugar • Utilizar lenguaje o contenidos que idealicen o normalicen el suicidio, y/o que lo presenten como una solución ante los problemas • No mencionar recursos de apoyo

10.2. REDES SOCIALES Y POSTVENCIÓN

El uso inadecuado de RRSS conlleva riesgos, como la difusión de desinformación a través de rumores o interpretaciones erróneas sobre el suicidio, la exposición a contenido dañino que incluye descripciones explícitas de métodos o la glorificación del acto, y la circulación de comentarios inapropiados o estigmatizantes que pueden afectar a quienes están en duelo.

Sin embargo, las RRSS también pueden desempeñar un rol clave en la prevención del suicidio. Permiten desmentir mitos y combatir estigmas mediante información basada en evidencia, promover la identificación de señales de alerta y facilitar la conexión con recursos de ayuda. Al difundir líneas de apoyo y servicios de salud mental, contribuyen a incentivar la búsqueda de ayuda. Además, permiten detectar publicaciones de personas en crisis que podrían requerir intervención, así como fortalecer redes de apoyo entre quienes han sido afectados, brindando acompañamiento en momentos difíciles.

Identificar plataformas relevantes:

- Detectar espacios donde se discuten temas relacionados con la persona fallecida, mediante búsquedas en RRSS y motores de búsqueda usando su nombre.
- Con el consentimiento de familiares o amigos cercanos, también se puede acceder a grupos cerrados para detectar interacciones que requieran atención.

Publicar recursos de ayuda:

- Compartir información útil para personas en crisis, como la Línea de Prevención del Suicidio *4141 o Salud Responde (600 360 77 77) del Ministerio de Salud.
- Colaborar con administradores de páginas o grupos en RRSS para visibilizar mensajes preventivos y enlaces a recursos de apoyo.

Monitorear conversaciones y detectar señales de alerta:

- Monitorear discusiones en línea para identificar y responder a crisis.
- Publicar mensajes para contrarrestar rumores, además de promover empatía y respeto al hablar sobre suicidio.
- Intervenir de manera respetuosa en casos de publicaciones preocupantes, enviando mensajes privados a quienes muestren señales de alerta, ofreciendo apoyo y recursos.

Manejo de páginas conmemorativas:

- Establecer normas claras de participación para evitar contenido inapropiado, como idealización del suicidio o culpabilización de terceros.
- Fomentar un ambiente de apoyo mutuo, centrado en el respeto hacia la memoria de la persona fallecida y el bienestar de quienes participan.
- Moderar las interacciones para prevenir dinámicas dañinas, como la difusión de teorías conspirativas o la exposición de información privada sin consentimiento.



ACOMPAÑAMIENTO Y RECUPERACIÓN

11.

El impacto de una muerte por suicidio trasciende a la familia y amigos cercanos, afectando también a personas como profesores, vecinos, compañeros de trabajo o profesionales que atendieron al fallecido. Todas estas personas podrían necesitar algún tipo de apoyo para recuperarse. Este proceso consiste en integrar el recuerdo del fallecido de forma que no obstaculice la vida cotidiana, permitiendo a las personas retomar sus actividades, especialmente en las primeras etapas del duelo.
Acompañar a una persona en duelo por suicidio requiere tanto habilidades personales como un entorno que favorezca la construcción de un vínculo de confianza. La empatía, el respeto y un genuino interés por su experiencia son fundamentales para brindar apoyo. Además, es crucial reconocer que cada persona vive el duelo de manera única, aun cuando existan aspectos comunes en este proceso.

El acompañamiento a quienes atraviesan un duelo por suicidio puede adoptar diversas formas, cada una con su propio valor y significado, como la compañía silenciosa y la escucha activa, la participación en rituales o prácticas espirituales, el fomento del autocuidado, la asistencia en momentos de crisis, la psicoeducación, el apoyo en las tareas cotidianas o el contacto con otras personas que han transitado un camino similar. Esta última opción puede materializarse a través de lecturas –artículos o libros que resuenen con su experiencia– o la participación en grupos de ayuda mutua, siempre que la persona en duelo se sienta preparada para compartir, leer o escuchar testimonios (consultar testimonio en capítulo 18).

Si bien es natural que las personas en duelo deseen aislarse ocasionalmente, un aislamiento prolongado no es aconsejable. Si la persona en duelo o alguien de su entorno reconoce la necesidad de apoyo profesional, dar el paso para buscar ayuda será fundamental. Se estima que más de una cuarta parte de las personas en duelo por suicidio requiere asistencia profesional durante al menos doce meses, y una quinta parte necesita apoyo por un período mínimo de dos años (Wilson & Marshall, 2010).

Sin embargo, aunque la mayoría de las personas en duelo por suicidio reconocen la necesidad de ayuda, enfrentan diversas barreras que dificultan su acceso a apoyo profesional, como la falta de servicios disponibles, la incertidumbre sobre dónde buscar asistencia, la estigmatización asociada al suicidio y el temor de que los servicios de salud no consideren sus problemas lo suficientemente graves. Además, muchas personas afectadas o en duelo por suicidio expresan desconfianza hacia los servicios de salud tradicionales, mientras que otros reportan una falta de acceso a servicios de apoyo en sus localidades debido a limitaciones en la oferta de atención para el duelo por suicidio.
Para mitigar los efectos perjudiciales del duelo por suicidio, es crucial estar disponible de manera oportuna, proporcionando intervenciones que sean sensibles a la complejidad de este tipo de duelo. Lo que no debe ocurrir es prolongar el silencio, ignorar el dolor o temer incomodar.

11.1. ESTAR Y ESCUCHAR

Las personas en duelo por suicidio necesitan ser escuchadas, lo que implica validar sus emociones sin minimizarlas, evitar comparaciones con otros dolores y demostrar un interés genuino con gestos de respeto. A veces, el mejor apoyo no está en las palabras, sino en el silencio compartido. No es necesario forzar interacciones no solicitadas; estar presente y disponible puede ser tan reconfortante como cualquier acción inmediata. Al final, lo que más recordarán las personas no serán las palabras exactas, sino su disposición para escuchar.

Es posible que algunos amigos o familiares mantengan cierta distancia. Cuando alguien muere por suicidio, muchas personas no saben cómo apoyar a los afectados y temen decir algo que empeore su dolor. Esto puede llevar a evitar mencionar el nombre del fallecido, como si su recuerdo pudiera desaparecer. Para brindar un apoyo respetuoso y empático a un sobreviviente, es fundamental considerar los siguientes aspectos:

- Reconocer la intensidad del dolor que esta experiencia genera.
- Validar y permitir la expresión de emociones intensas, como ira, culpa o tristeza, sin intentar minimizarlas.
- Hacer preguntas abiertas y permitir que la persona en duelo guíe la conversación.
- Reflexionar sobre los propios prejuicios para no proyectarlos en la interacción.
- Tener una conversación sobre el suicidio; mencionar el nombre de la persona fallecida y conversar con honestidad sobre su vida y muerte.
- Perder el miedo a preguntar directamente por pensamientos de muerte o ideas suicidas. Hacer la pregunta "¿Estás pensando en suicidarte?" no sólo brinda a las personas la oportunidad de expresar emociones, sino que también les permite comprender que no están solas en su experiencia. Además, abre la puerta para que reciban apoyo profesional de manera oportuna.
- No presentar el suicidio como un acto heroico, admirable o romántico, y evitar el uso de calificativos como "valiente" o "fuerte" para describir a la persona fallecida o a su familia.
- Evitar frases simplistas o clichés que, aunque bien intencionados, pueden resultar hirientes o poco útiles (por ejemplo, "lo tenía todo en la vida", "era demasiado bueno para este mundo", "el tiempo lo cura todo"). Del mismo modo, evitar frases de consuelo con connotaciones religiosas (por ejemplo, "Ahora está con Dios", "ahora tienes un angelito en el cielo", "está en un lugar mejor"), a menos que se esté seguro de que serán reconfortantes para la persona.
- No describir la conducta suicida como algo completamente incomprensible, ya que esto puede generar frustración en quienes intentan encontrar sentido a la pérdida.
- Evitar explicaciones simplistas y ayudar a comprender que el suicidio suele estar relacionado con múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales (sin recurrir a frases como "en su situación, era muy comprensible que…").
- Mantener la conversación centrada en la persona que se está apoyando y evitar comparar su experiencia con otras pérdidas. Sin embargo, en algunos casos, compartir una vivencia similar puede ser útil: "No sé si esto te ayude, pero por si acaso, cuando yo pasé por X, sentí Y", y luego dar espacio para que la persona continúe expresándose como lo desee.
- Reconocer que durante las primeras semanas o meses, es probable que las personas en duelo tengan dificultades para concentrarse y retener información.
- Identificar y facilitar el acceso a recursos de apoyo emocional.
- Los familiares y personas cercanas pueden ofrecer ayuda concreta con tareas diarias o responsabilidades que puedan haberse visto afectadas por el duelo. Muchas personas en duelo tienen dificultades para pedir ayuda o tomar decisiones, por lo que es recomendable ofrecer acciones específicas en lugar de preguntar de manera general cómo se puede ayudar.

11.2. QUÉ NO AYUDA EN EL PROCESO DE DUELO

Existen ciertas acciones que pueden obstaculizar el proceso natural de duelo. Identificar y evitar estas conductas es importante para afrontar la pérdida:

- **Evitar hablar de lo ocurrido:** Aunque puede resultar difícil al principio, compartir lo sucedido con alguien de confianza puede ser un paso crucial hacia la recuperación. El silencio prolongado puede intensificar las emociones y dificultar el procesamiento del dolor.
- **Recurrir al alcohol o drogas:** Intentar "anestesiar" el dolor a través del consumo excesivo de sustancias no sólo no resuelve el sufrimiento emocional, sino que puede agravar la situación, afectando tanto la salud física como mental.
- **Tomar decisiones importantes de forma apresurada:** Durante el proceso de duelo, es común experimentar confusión y una visión distorsionada de la realidad. Por ello, es recomendable posponer cambios significativos en la vida hasta que haya pasado el tiempo suficiente para reflexionar con mayor claridad.
- **Asumir riesgos innecesarios:** El sentimiento de que "nada tiene sentido" puede llevar a conductas peligrosas, como conducir de manera temeraria o ignorar medidas básicas de seguridad.

11.3. AUTOCUIDADO

El autocuidado juega un papel fundamental en el proceso de duelo por suicidio. Atender el bienestar físico, prestar atención a la alimentación y el descanso, así como aceptar el apoyo de otros en tareas cotidianas, son aspectos relevantes para la recuperación. Actividades como caminar al aire libre, practicar ejercicios de relajación y mantener rutinas reconfortantes, como escuchar música o hacer deporte, pueden contribuir a la estabilidad emocional.

11.4. PSICOEDUCACIÓN Y CONSEJERÍA

La psicoeducación y las sesiones de consejería son estrategias utilizadas en el contexto de la postvención, diseñadas para brindar apoyo emocional y práctico a las personas. Estas intervenciones no sólo facilitan la recuperación en el proceso de duelo, sino que también contribuyen a la prevención de futuras crisis.

La psicoeducación tiene como objetivo proporcionar información sobre el proceso de duelo y las reacciones ante la pérdida por suicidio. Esta información puede ser transmitida por un profesional de la salud o adquirida a través de guías (documentos como este), artículos, o libros que aborden este tipo de duelo. Esto permite a las personas en duelo comprender mejor su experiencia y procesar la pérdida.

Por otro lado, la consejería, ya sea individual o grupal, se enfoca en reconocer y abordar las reacciones emocionales ante la pérdida. La consejería también ofrece estrategias de afrontamiento frente a situaciones de crisis y fomenta la conciencia sobre las señales de alerta del comportamiento suicida, lo que puede actuar como un factor protector frente al duelo complicado. Además, ayuda a redirigir a las personas en duelo hacia servicios de apoyo adecuados cuando sea necesario.

Las acciones de psicoeducación y consejería en duelo por suicidio pueden ser llevadas a cabo por diversos profesionales de la salud y áreas afines, como psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos generales o de familia. Es fundamental que cuenten con formación en el acompañamiento del duelo, comunicación empática, estrategias de afrontamiento y prevención de riesgos asociados. Asimismo, personas con experiencia en duelo por suicidio que hayan recibido capacitación también pueden desempeñar un rol activo en este proceso, especialmente cuando trabajan en colaboración con fundaciones o servicios locales de salud.

Las estrategias de intervención deben adaptarse a cada caso. En situaciones de duelo complicado o ante problemas de salud mental, como depresión o TEPT, se recomienda realizar una evaluación clínica, ofrecer psicoterapia y brindar un acompañamiento prolongado, con especial atención en fechas significativas (aspectos específicos que no son abordados en esta guía).

11.5. GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) son espacios diseñados para fomentar el apoyo recíproco entre personas afectadas o en duelo por suicidio. Proporcionan un espacio seguro donde los participantes pueden compartir emociones, experiencias y estrategias de afrontamiento, fortaleciendo la conexión y el acompañamiento mutuo. Su estructura de funcionamiento varía, pero generalmente ofrecen reuniones presenciales u online, con frecuencia quincenal o mensual. Aunque la mayoría de estos grupos son creados y dirigidos por sobrevivientes, también pueden ser organizados por profesionales de la salud o contar con la participación de ambos.

Existen dos modelos principales de grupos:

- **Grupos cerrados:** los participantes asisten a un número determinado de sesiones sin que se incorporen nuevos miembros una vez iniciado el ciclo. Estos grupos suelen contar con un programa estructurado.
- **Grupos abiertos:** los participantes pueden ingresar y salir libremente, asistiendo de forma continua o intermitente. No tienen un contenido predefinido, sino que se incentiva a los participantes a compartir sus experiencias recientes.

Unirse a un GAM puede ser muy beneficioso para las personas en duelo. Estos espacios les permiten reconocer que no están solos en este proceso, encontrar comprensión y apoyo sin juicios, y aprender estrategias para elaborar el sentido de la pérdida. Además, fomentan la conexión y construcción de vínculos solidarios con otros que han vivido experiencias similares, reduciendo la soledad, la culpa y el estigma del duelo por suicidio. Como resultado, los participantes experimentan mayor esperanza y empoderamiento.

> ***En este grupo me siento contenida. Agradezco la unión, la comprensión, la empatía, la escucha. Es lo que todos necesitamos, que nos escuchen, no nos juzguen, no nos den consejos, sólo comprender (Fernanda, madre).***

Los facilitadores de GAM deben recibir una formación adecuada para desempeñar su rol de manera efectiva, así como contar con apoyo continuo. Su labor es fundamental para garantizar la confidencialidad, prevenir la retraumatización y brindar contención emocional a los participantes. Además, deben estar atentos a identificar casos de duelo complicado, problemas de salud mental o riesgo suicida, derivando oportunamente a los afectados hacia profesionales de la salud cuando sea necesario. Aunque los GAM ofrecen un apoyo valioso, en algunos casos pueden generar una sensación de sobrecarga emocional, por lo que es fundamental evaluar su idoneidad para cada persona. La participación prematura en un GAM puede implicar riesgos, como la rememoración frecuente del evento suicida en una fase de activación de mecanismos psicológicos adaptativos y la exposición a relatos dolorosos de otros participantes en un estado de hiperreactividad afectiva. Además, en los grupos abiertos, la constante incorporación de nuevos participantes puede generar incomodidad en los miembros que llevan más tiempo, afectando la dinámica grupal.

> ***El hecho de estar en este grupo, cada uno trabajando en su proceso de duelo, es un aporte inmenso. Compartiendo sus experiencias, escuchando y de a poquito sanando nos retroalimenta y ayuda a todos (Alejandra, hermana).***

11.6. ACOMPAÑAMIENTO DEL DUELO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Para brindar seguridad y estabilidad a NNA tras una pérdida, es fundamental mantener las rutinas cotidianas, aunque con la flexibilidad necesaria para permitir momentos de pausa si los necesitan. Además, es importante cuestionar mitos, como la creencia de que podrían haber evitado la muerte, explicándoles que algunas situaciones están fuera de nuestro control. Validar sus emociones también es relevante, reconociendo que pueden experimentar tristeza, confusión o rabia, y asegurándoles que está bien sentir lo que sienten. Los cuidadores pueden apoyarse en lecturas recomendadas para acompañar el proceso de duelo en niños y niñas (Como recurso, pueden consultar "Libros para niños sobre pérdida y muerte" de Chile Crece Contigo[1]).

Compartir actividades, jugar y pasar tiempo juntos fortalece la sensación de seguridad y facilita la expresión emocional. Asimismo, es beneficioso fomentar la conexión con amigos y el entorno social, respetando su necesidad de espacios de soledad y calma cuando lo requieran. Finalmente, informar a otras personas dentro de la red de apoyo sobre la situación, ayuda a que NNA se sientan acompañados y no carguen con la sensación de guardar un secreto.

Al regresar a clases, es fundamental que el niño, niña o adolescente converse con sus cuidadores sobre qué información desea compartir con sus compañeros. También puede ser necesario contactar a la escuela con anticipación para informar sobre lo ocurrido y coordinar el apoyo adecuado antes de su reincorporación.

Si un niño, niña o adolescente presenta señales de alerta, como un retraimiento extremo, dificultades importantes en retornar a su funcionamiento previo, pensamientos suicidas, conductas de riesgo o una tristeza persistente que no mejora con el tiempo, es fundamental buscar apoyo de un profesional de la salud. Además, informar a la escuela permitirá que el entorno educativo brinde el acompañamiento necesario durante este proceso.

11.7. CONSIDERACIONES PARA LA POSTVENCIÓN EN COMUNIDADES MAPUCHE

La postvención en comunidades mapuche requiere un enfoque intercultural que respete e integre prácticas tradicionales de sanación. Incorporar el kimün (saberes tradicionales) y el uso del mapudungun puede contribuir a que las intervenciones sean culturalmente sensibles. La postvención en comunidades mapuche debe fortalecer factores protectores como la identidad cultural, la cohesión social y el respeto por las autoridades espirituales, los sanadores y los sabios tradicionales. Prácticas como el feyentun (confianza en la palabra) y el dungu (ética y comunicación auténtica) pueden fortalecer la relación entre profesionales y comunidades.

Los profesionales de la salud deben comprender el vínculo estrecho entre el bienestar individual, familiar y comunitario en estas comunidades, utilizando un lenguaje respetuoso que evite estigmas.

La incorporación de facilitadores interculturales, con conocimientos tanto de la medicina convencional como indígena, es clave para asegurar intervenciones culturalmente sensibles, además de conectar el proceso de duelo con prácticas como el uso de plantas medicinales y rituales de sanación. Estas estrategias no solo abordan el duelo inmediato, sino que también fortalecen la prevención de futuros suicidios mediante la creación de redes de apoyo comunitario.

La colaboración con líderes espirituales, como la machi, puede facilitar el desarrollo de ceremonias de sanación que restauren el equilibrio espiritual y emocional de la persona y del tejido social, mientras que los kimche (persona sabia) y lawentuchefe (especialistas en el uso de plantas y hierbas medicinales) pueden complementar estas prácticas. Basada en los valores del reñma (familia) y el lofche (comunidad territorial), la sanación se concibe como un proceso colectivo que involucra a todos los miembros en roles de apoyo mutuo. Actividades como círculos de conversación y encuentros intergeneracionales, liderados por longkos y kimche, permiten compartir experiencias y transmitir saberes ancestrales, reforzando los lazos sociales e identidad cultural.

> ***Antes, cuando alguien tenía problemas, se conversaba con los padres, abuelos o el lonko [jefe de comunidad]. Había un enfoque muy espiritual. Las personas expertas ayudaban a sacar esos pensamientos malos y los ponían en su lugar. Eso se ha ido perdiendo, y la gente ahora toma decisiones como lo haría un occidental (Segundo).***

La capacitación en competencias culturales para profesionales de la salud es esencial para garantizar intervenciones sensibles y respetuosas hacia las prácticas tradicionales y la cosmovisión mapuche. También es relevante integrar herramientas digitales que conecten a comunidades rurales con servicios de salud mental, complementando el contacto directo en situaciones de difícil acceso. Por supuesto, es fundamental adoptar un enfoque flexible que permita a las familias decidir cómo llevar su proceso de duelo, respetando la diversidad interna de las comunidades mapuche y sus particularidades culturales, geográficas y generacionales.

1.*https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libros-sobre-pe%CC%81rdida-y-muerte-para-nin%CC%83os.pdf).*

11.8. APOYO Y (AUTO)CUIDADO DE INTERVINIENTES EN POSTVENCIÓN

Los intervinientes principales en la postvención del suicidio suelen asumir responsabilidades como comunicar el suceso, organizar actos conmemorativos e identificar personas en riesgo. Estas tareas, para las que generalmente no están preparados quienes no son profesionales de la salud mental, pueden generar estrés, incertidumbre y reacciones emocionales intensas. Trabajar con personas en duelo por suicidio puede generar agotamiento emocional o "burnout" (lo que genera falta de motivación, apatía y desconexión emocional) o fatiga por compasión, es decir, un agotamiento derivado de la exposición continua al sufrimiento. Por ello, proveer apoyo efectivo en la postvención requiere no sólo atender a las personas expuestas, afectadas o en duelo, sino también atender las necesidades emocionales de los intervinientes y de los equipos. En este sentido, es fundamental implementar medidas de autocuidado y cuidado de equipos para minimizar el impacto psicológico en los actores involucrados, como establecer límites claros del ejercicio profesional, compartir decisiones, derivar casos a especialistas y buscar redes de apoyo.

- Buscar apoyo en colegas con experiencia.
- Establecer límites claros en las funciones, el tiempo y el tipo de apoyo ofrecido, evitando asumir roles clínicos cuando no se está capacitado.
- Consejos para el cuidado de los equipos:
- Realizar reuniones regulares y promover una comunicación constante para facilitar la coordinación del equipo.
- Fomentar un ambiente de apoyo mutuo entre los miembros del equipo, donde se valide y normalice la expresión de emociones.
- Hacer uso de guías prácticas (como este documento).
- Ofrecer formación sobre el manejo de crisis para reducir la incertidumbre frente a situaciones complejas.
- Establecer mecanismos de supervisión y acompañamiento para los intervinientes para identificar y abordar posibles signos de desgaste emocional.
- Evaluar periódicamente el impacto emocional en los intervinientes y facilitar el acceso a atención de salud mental en caso de ser necesario.

12.

A medida que la intensidad inicial del duelo disminuye, las personas, familias y comunidades comienzan a reconstruir sus rutinas y a buscar sentido en su nueva realidad. Sin embargo, el primer año después del suicidio suele ser especialmente difícil. Las fechas significativas, como aniversarios, cumpleaños o festividades, suelen intensificar las emociones de las personas en duelo al resaltar la ausencia del fallecido. Estas ocasiones evocan recuerdos y contrastan el pasado con la nueva realidad, lo que puede generar angustia, tensión corporal, alteraciones del sueño y fatiga. En los primeros años, estas fechas pueden intensificar la sensación de desesperanza y dificultar la aceptación de la pérdida, especialmente al observar cómo el entorno continúa con su vida.

Al ser emocionalmente desestabilizadoras, las fechas significativas pueden generar la sensación de un retroceso en el proceso de duelo, aunque en realidad forman parte del proceso natural de adaptación. Cada persona enfrenta estas ocasiones de manera distinta: algunos procesan conscientemente el dolor, mientras que otros lo bloquean como mecanismo de protección, aunque esto puede manifestarse en síntomas físicos. Con el tiempo, muchos aprenden a prepararse emocionalmente y planificar cómo conmemorar estas fechas, lo que no sólo ayuda a mitigar el sufrimiento, sino también a integrar la pérdida dentro de una nueva vida cotidiana.

12.1. CONMEMORAR SIN IMPOSICIONES

Cada persona en duelo, incluso dentro de la misma familia, tiene derecho a conmemorar la pérdida de la manera que mejor se adapte a su estado emocional. Mientras algunos pueden encontrar consuelo reuniéndose o compartiendo una comida, otros pueden preferir estar solos.

Durante el primer año, se recomienda evitar encuentros multitudinarios, ya que es una experiencia emocionalmente desconocida. Para algunos, estar rodeado de muchas personas en una fecha tan personal puede ser abrumador, generando incomodidad ante la exposición a diversos estímulos. Es recomendable optar por actividades en grupos reducidos, lo que puede brindar una mayor sensación de contención. Es útil contar con un plan alternativo, como salir a caminar, visitar un lugar compartido con el fallecido o acudir a un espacio de recogimiento que brinde serenidad.

Ya se acercaba el primer aniversario de la muerte de mi hijo menor. Yo estaba aterrada y trataba de disimular por mis otros dos hijos. Mi marido estaba muy entero y entre los tres decidieron que lanzarían globos blancos con mensajitos desde nuestro jardín. Cuando llegó el día, yo amanecí súper serena mientras que a mi marido cada vez le costaba más respirar. Conversamos y decidió que se encerraría en la pieza del menor, a tocar la guitarra que él había dejado. Llevamos tres años y seguimos haciendo lo mismo, pero yo confío en que, con el tiempo, cambiará de opinión o propondrá algo nuevo (Sandra, madre).

Mi hermano mayor se suicidó a los 17 años, en un mes de octubre, así que la primera Navidad fue dos meses después. Mis papás decidieron pasarla en la playa. Fuimos a la Misa del Gallo, que estaba llenísima, y yo me empecé a sentir pésimo, tiritaba entero y estaba a punto de ponerme a gritar. Mi mamá se dio cuenta, me llevó afuera y ahí pude llorar a pata suelta, pero igual sentí mucha vergüenza. Menos mal que no lo repitieron y ya para el Año Nuevo me preguntaron qué sería lo mejor para mí. Yo dije que quería que lo pasáramos los tres en la casa y que invitáramos sólo a mi abuelo; fue súper tranquilo todo, pusimos música que le gustaba al Tito, en la mesa estaba su puesto con una vela prendida y su peluche favorito, y comimos todo lo que a él le gustaba (Simón, hermano).

Es común que la familia, amigos y personas cercanas ofrezcan sugerencias para conmemorar fechas significativas con la intención de apoyar. Sin embargo, esto puede resultar abrumador para las personas en duelo, quienes pueden sentirse divididos entre sus propios deseos y la presión de aceptar propuestas ajenas. Dada la carga que implica afrontar un día especialmente doloroso, es probable que les cueste rechazar ideas o poner límites a quienes insisten en involucrarse.

Con el tiempo, la convivencia en estas fechas suele volverse más llevadera, y eventualmente podría ser posible organizar una celebración con familiares y amigos. Sin embargo, este proceso debe respetar el ritmo de cada persona, permitiendo que cada año se explore qué resulta más adecuado.

> ***Yo estaba mejor, te prometo que estaba mejor, pero de repente me di cuenta de que faltaban dos semanas para el cumpleaños de Laura, que fue más que una hermana para mí. Lamentablemente no fui la única, porque a los pocos días empezó a llamarme mi tía, la mamá de Laura, con la idea de juntarnos todos los de la familia para celebrar como un cumpleaños normal. Ahí se me vino el mundo abajo. Yo sentía que no quería estar con nadie ese día, estaba hundida, aunque igual no fui capaz de decirle que sí, pero tampoco que no. Me daba pena. Tuvo que meterse mi marido y llamar al día siguiente a la tía para decirle que yo no iba a asistir, que me notaba angustiada y quería que me quedara en la casa (Gabriela, prima).***

12.2. INTEGRAR LA PÉRDIDA

Las pérdidas por suicidio no se superan, sino que se integran a la propia biografía. Es fundamental que las personas en duelo dispongan de tiempo y espacio para procesar su dolor. A lo largo de este proceso, pueden experimentar sentimientos complejos que a veces se superponen, parecen contradictorios e incluso pueden evolucionar con el tiempo. Es común que alternen entre períodos de intensa emoción y momentos de aparente indiferencia. Permitir que el duelo surja de manera espontánea, sin reprimirlo, favorece una recuperación genuina.

Las personas en duelo suelen preguntarse por qué ocurrió el suicidio y, en muchos casos, pueden culparse a sí mismos o a otros. Acompañarlas en su duelo implica ayudarlas a comprender que el suicidio es un fenómeno complejo influenciado por múltiples factores, como problemas de salud mental, estrés, pérdidas y otros eventos dolorosos que pueden generar una "tormenta perfecta", pero que ninguno de esos factores define a la persona fallecida. También es importante fomentar la autocompasión, ayudándolas a reconocer que actuaron de la mejor manera posible dentro de las circunstancias. En este sentido, es útil guiarlas en un cambio de enfoque, pasando del "por qué" de la muerte a reflexionar sobre el legado y la vida de la persona fallecida. Animar a las personas a rememorar los buenos momentos y mantener vivos esos recuerdos puede ser reconfortante. Expresar pensamientos y sentimientos de manera sincera, ya sea conversando con alguien dispuesto a escuchar o escribiendo un diario, ayuda a procesar e integrar la pérdida. Asimismo, construir una red de apoyo con familiares, amigos o incluso personas que hayan atravesado experiencias similares permite compartir el duelo de manera abierta y encontrar un sostén para la elaboración de sentido.

12.3. MANTENIENDO LA CONEXIÓN CON EL SER QUERIDO

A menudo se considera que quienes están en duelo por suicidio deben superar distintas etapas para "desvincularse" de la persona fallecida. Sin embargo, la conexión no desaparece con la partida del ser querido. De hecho, las personas que han experimentado una pérdida por suicidio no sólo pueden conservar un intenso lazo emocional con la persona fallecida durante muchos años, sino que también pueden forjar una nueva relación simbólica que mantenga viva esa conexión. Estos "vínculos continuos" describen la presencia de un lazo sostenido con quien ya no está, y pueden nutrirse a través de acciones como escribir cartas, evocar momentos compartidos o idear formas creativas de recordar al ser querido.

Diversos factores pueden incidir en cómo se viven estos vínculos. Aspectos culturales como el estigma en torno al suicidio pueden ejercer una gran influencia, obligando a mantener estos lazos en privado. Además, descubrir secretos o información desconocida sobre la persona fallecida puede transformar los recuerdos que se conservan de ella. Conservar en la memoria tanto los aspectos positivos como negativos del ser querido favorece la aceptación de la muerte y alivia la culpa. Por ello, es fundamental acompañar a las personas en la reconciliación con la imagen renovada de su ser querido, de modo que pueda integrar ese recuerdo en su proceso de duelo.

Las dinámicas familiares a menudo se complican por la culpa y las preguntas sin respuesta. Pueden surgir tensiones entre familiares y amigos que no saben cómo afrontar la situación. Por lo tanto, conviene informarse acerca de posibles conflictos para actuar con tacto, comprendiendo que cada relación con el difunto era distinta y que cada miembro de la familia lidiará con la pérdida de maneras diversas.

Cuando murió mi única hija, Claudia, el dolor era intolerable y yo sólo pensaba en morir. Soy divorciada, mi familia vive en otra ciudad y no somos muy cercanos, no tenía con quién hablar de mi niñita, estaba sola en el mundo. Un día súper lluvioso me tocaron el timbre, abrí, y ahí estaban siete compañeras de colegio de la Claudia, que me abrazaron llorando. Compartimos un té y unas galletas mientras me contaban de la Claudia que ellas conocían. A ratos nos reíamos de sus maldades que yo no conocía, a ratos volvíamos a llorar viendo fotos que yo tenía, más otras de ellas. Me prometieron que iban a hacer un collage con sus fotos y cumplieron. Desde entonces vienen una vez al mes y me hacen sentir que mi Claudia está ahí, aunque no la puedo abrazar físicamente. Me dan tanta alegría estas chiquillas que ya no pienso en morir, sino en ser la tía en que ellas puedan confiar el resto de su vida (Myriam, madre).

12.4. AYUDAR A OTRO AYUDA

Brindar ayuda a otros permite a las personas aliviar su propio dolor y honrar la memoria del fallecido. Estas acciones no sólo generan un impacto positivo en los demás, sino que también pueden ofrecer un sentido de propósito y conexión emocional.

Mis hermanos y yo sentíamos una necesidad de ayudar a alguien, de demostrarle el cariño que ya no podríamos darle a mi mamá, que murió tan joven. Sabíamos que ella acostumbraba a llevar comida y bebidas calientes, de madrugada, a personas en situación de calle. Contactamos al grupo de voluntarios al que pertenecía y nos inscribimos. Dos veces al mes nos levantamos muy temprano para preparar y llevar los alimentos, y aprovechamos de conversar con los que la conocían y la querían. Es como si la tuviéramos entre nosotros (Verónica, hija).



POSTVENCIÓN EN CONTEXTOS ESPECÍFICOS

13.

La postvención en contextos educativos, tanto en escuelas como en instituciones de educación superior, contribuye a restablecer el equilibrio tras un suicidio, reducir riesgos y fortalecer el sentido de comunidad. Dado que los jóvenes pasan una parte significativa de su tiempo en estos entornos, las instituciones educativas desempeñan un papel clave tanto en la prevención como en la respuesta ante situaciones de crisis. Es necesario reconocer que los adolescentes y jóvenes son especialmente vulnerables tras la exposición a un suicidio o a intentos de suicidio en su entorno cercano. Cuando la narrativa acerca de la muerte de un estudiante reduce la complejidad del fenómeno y refuerza la idea de que el suicidio es una respuesta directa a dificultades como la ruptura de una relación, el acoso o la presión académica, el riesgo de que otros lo consideren una opción aumenta significativamente.

Si bien las acciones iniciales suelen enfocarse en los estudiantes, es fundamental considerar el impacto del evento en toda la comunidad educativa, incluyendo docentes, personal administrativo, directivos y familias.

Cada grupo afronta el suicidio de manera distinta y requiere un apoyo adaptado a sus necesidades. Por ejemplo, los compañeros del estudiante fallecido pueden necesitar espacios para expresar sus emociones, mientras que los padres requieren orientación para acompañar a sus hijos en este proceso. Por su parte, los docentes y funcionarios administrativos pueden necesitar herramientas para identificar casos de mayor vulnerabilidad y conversar sobre el suicidio con sus estudiantes.

Para abordar estos desafíos, las instituciones educativas deben contar con protocolos de postvención y equipos de respuesta ante crisis, liderados por directivos e integrados por representantes de la comunidad educativa (en el capítulo 16 se presentan lineamientos generales para su construcción). Estos equipos deben equilibrar los roles institucionales y fomentar la rotación de funciones para evitar la sobrecarga de trabajo. Entre sus principales responsabilidades se encuentran la activación de protocolos, la toma de decisiones informadas y la coordinación de las acciones de postvención.

Dado que muchas escuelas incorporan programas de aprendizaje socioemocional en su currículo, además de protocolos de prevención del suicidio y jornadas de sensibilización sobre salud mental, los protocolos de postvención deben integrarse a estos instrumentos preexistentes para garantizar una respuesta coherente.

Las intervenciones de postvención en el contexto educativo deben promover un entorno de apoyo basado en la confianza, fortaleciendo el sentido de pertenencia a la comunidad escolar. Cuando los estudiantes se sienten respaldados por adultos de confianza y mantienen una conexión con la institución, esta relación actúa como un factor protector frente al riesgo de suicidio, facilitando que busquen ayuda en momentos de crisis.

La postvención en contextos educativos debe considerar intervenciones que aborden tanto la respuesta inmediata tras un suicidio como el apoyo a mediano y largo plazo. Para ello, es fundamental adoptar un enfoque que combine el apoyo individual, estrategias grupales y acciones comunitarias. Esto implica una gestión cuidadosa de la información, la identificación de estudiantes en riesgo y la creación de un entorno que promueva la búsqueda de ayuda para el acceso oportuno a servicios de salud cuando corresponda.

13.1. COMUNICACIÓN SENSIBLE Y TRANSPARENTE

Durante los primeros días, es esencial ofrecer contención sin generar alarma, proporcionando información que ayude a la comunidad educativa a afrontar el duelo. La comunicación debe ser transparente y sensible, asegurando que el mensaje sea adecuado para cada grupo (para más detalles, consultar los capítulos 3, 7 y 10). Esto implica:

- Contacto con la familia del fallecido para obtener su consentimiento antes de hacer anuncios públicos.
- Información clara a la comunidad educativa, evitando eufemismos o idealizaciones. El mensaje central debe resaltar la disponibilidad de servicios y recursos para quienes los necesiten.
- En el caso de las escuelas, entregar orientaciones a los padres para que puedan abordar el duelo con sus hijos, recomendando estrategias como mantener rutinas.
- Acceso facilitado a consejería escolar y servicios de apoyo externos.

13.2. IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE PERSONAS EN RIESGO

La activación de redes de apoyo es esencial para reducir el impacto emocional y prevenir nuevos casos dentro de la comunidad educativa. Para lograrlo, es fundamental identificar a las personas más afectadas y aquellas en riesgo de conducta suicida para derivarlas a evaluación. Esta identificación puede basarse en distintos tipos de proximidad:

- **Geográfica:** Testigos del evento o personas expuestas a detalles de la muerte (incluye también exposición a través de redes sociales).
- **Social:** Amigos cercanos, parejas, familiares o compañeros de curso.
- **Psicológica:** Estudiantes con intereses compartidos o que se identificaban con la persona fallecida.

Los grupos potencialmente en riesgo incluyen:

- Familiares y amigos cercanos.
- Compañeros de curso o participantes en las mismas actividades.
- Profesores o personal administrativo con vínculos con el fallecido.
- Estudiantes que compartían vivienda con la persona fallecida.
- Estudiantes en situación de vulnerabilidad, con antecedentes de problemas de salud mental o intentos de suicidio.

En el caso de adolescentes en entornos escolares, es crucial prevenir la imitación de conductas suicidas. Para ello, se recomienda:

- Fomentar el uso responsable de RRSS y educar sobre la difusión de mensajes (consultar el capítulo 10).
- Promover contenidos que incentiven la búsqueda de ayuda.
- Monitorear aumentos en autolesiones o comportamientos suicidas.
- Supervisar los memoriales en línea creados por estudiantes para identificar posibles riesgos.

13.3. ESTRATEGIAS DE APOYO Y SEGUIMIENTO

Implementar estrategias de postvención en contextos educativos requiere un equilibrio entre el apoyo grupal y el seguimiento individualizado de quienes presenten señales de riesgo. En este sentido, las acciones deben centrarse en:

- Crear espacios seguros para la expresión emocional y brindar entornos de contención donde los estudiantes puedan reunirse, sin necesidad de hablar explícitamente sobre la pérdida.
- Informar sobre los servicios o recursos de apoyo disponibles tanto dentro como fuera de la institución. Se recomienda establecer alianzas con organizaciones comunitarias para ampliar la red de apoyo (consultar el listado de organizaciones en el capítulo 17).

Dado que la manera en que NNA procesan la muerte varía según su etapa de desarrollo (consultar los capítulos 3 y 6), es fundamental que, en el contexto escolar, las estrategias de apoyo se ajusten a la edad del estudiante.

Para favorecer la estabilidad de la comunidad educativa, es importante mantener, en la medida de lo posible, la normalidad en las actividades académicas. A medida que la comunidad se reintegra a sus rutinas, se debe realizar un monitoreo del bienestar de estudiantes y personal, asegurando un seguimiento de quienes puedan requerir apoyo adicional. Además, fomentar la educación en salud mental es clave para ayudar a diferenciar entre reacciones emocionales esperadas y señales de alerta que requieran intervención profesional. También es recomendable generar espacios de diálogo sobre la prevención del suicidio, promoviendo una conversación abierta y sin estigmas.

En el contexto escolar, los rituales funerarios y la conmemoración de la persona fallecida suelen ser una preocupación importante que debe abordarse con sensibilidad. En algunos casos, la participación en estos rituales puede aumentar el sufrimiento de los estudiantes, lo que resalta la necesidad de establecer lineamientos que minimicen riesgos, al tiempo que se brinda la flexibilidad necesaria para que cada joven pueda afrontar la pérdida de la manera que le resulte más adecuada (para más detalles, consultar el capítulo 8).

Por último, se recomienda realizar evaluaciones individuales para identificar y brindar apoyo a quienes presenten problemas de salud mental.

13.4. APOYO AL EQUIPO DOCENTE Y ADMINISTRATIVO

Una muerte por suicidio afecta a toda la comunidad educativa, incluyendo a docentes y personal administrativo. Un estudio realizado en Australia indica que el 36% de los profesores han estado expuestos al suicidio de un estudiante. De estos, el 76% reportó un impacto significativo en su vida personal y el 86% en su vida profesional (Kõlves et al., 2016). Además, se ha observado que las docentes mujeres suelen experimentar un impacto mayor en su esfera personal. Por ello, es recomendable proporcionar al personal administrativo y docente espacios de contención que les permitan compartir experiencias.

Es común que los docentes se pregunten si pudieron haber identificado signos de alerta o intervenido a tiempo, lo que genera sentimientos de culpa. Sin embargo, muchos atraviesan este proceso en soledad, sin el apoyo necesario. Esta experiencia, conocida como duelo silencioso o no reconocido, puede dificultar el afrontamiento de la pérdida y limitar la búsqueda de orientación profesional. Por ello, es fundamental fortalecer la sensibilización en salud mental para ayudar a los educadores a identificar y comprender mejor las señales de riesgo, además de facilitarles el acceso al acompañamiento adecuado.

Dado su rol dentro de la comunidad educativa, los docentes suelen ser los primeros en detectar signos de malestar emocional en los estudiantes y en derivarlos a consejeros u otros recursos de apoyo. Para fortalecer estas habilidades, es posible implementar instancias de formación que brinden a los docentes y al personal educativo las herramientas necesarias para afrontar estos desafíos con mayor seguridad y eficacia. Por ejemplo, el curso en línea "Abordaje del riesgo suicida en adolescentes y jóvenes" ofrece formación gratuita para ayudarles a identificar señales de alerta y derivar a los estudiantes cuando sea necesario (disponible en la plataforma Coursera[1]

1. *https://www.coursera.org/learn/abordaje-del-riesgo-suicida-en-adolescentes-y-jvenes*

14.

La exposición a una muerte por suicidio en el lugar de trabajo representa un desafío tanto a nivel individual como organizacional. Cuando un entorno laboral enfrenta un suicidio, puede surgir un estado de ansiedad e impotencia que genera una desorganización repentina, afectando su funcionamiento habitual. Esta confusión organizacional no sólo interfiere en las dinámicas cotidianas y dificulta el desempeño laboral, sino que también puede intensificar tensiones y conflictos preexistentes, generando un clima de desconfianza y propiciando acusaciones y la búsqueda de culpables dentro de la organización. Este clima de inestabilidad dificulta la capacidad de afrontar el impacto del suicidio, obstaculizando el proceso de recuperación de las personas.

La cultura organizacional influye en la disposición de los trabajadores para expresar emociones y buscar ayuda. Muchas organizaciones enfrentan dificultades para equilibrar sus necesidades operativas con el apoyo adecuado a los empleados afectados. La falta de tiempo intensifica este desafío, provocando en los trabajadores una sensación de abandono, silenciamiento y falta de reconocimiento de sus necesidades. Además, la presión por "volver a la normalidad" y el énfasis en "seguir adelante" pueden invisibilizar el malestar emocional, creando una desconexión entre las expectativas organizacionales y las necesidades de los trabajadores.

La gestión adecuada de los impactos del suicidio incluye transmitir a las personas afectadas un sentido de confianza y seguridad. Por lo tanto, la preparación para afrontar un suicidio es un factor determinante para ayudar a restaurar el funcionamiento habitual de las organizaciones.

14.1. ESTRATEGIAS PARA APOYAR A LOS TRABAJADORES

Brindar tiempo y espacio para la reflexión en el lugar de trabajo ayuda a las personas a procesar el duelo y manejar la carga emocional tras una pérdida, al mismo tiempo que reduce la percepción de vulnerabilidad entre los trabajadores. Aunque las estrategias de postvención deben ajustarse a las particularidades de cada grupo profesional y cultura organizacional, a continuación se presentan principios generales para abordar el suicidio en el entorno laboral.

- Contar con un protocolo de postvención y evaluación de riesgos, incluyendo una estrategia de comunicación y notificación adecuada al equipo.
- Asegurar la disponibilidad de herramientas y personal capacitado para liderar el proceso, evitando sobrecargar a los líderes de la organización. Para ello, se pueden establecer colaboraciones con fundaciones o instituciones como la Asociación Chilena de Seguridad ACHS (consultar el capítulo 17).
- Fomentar un ambiente donde se pueda hablar abiertamente sobre salud mental y suicidio sin estigmas, brindando espacios privados para que los trabajadores compartan recuerdos y emociones.
- Facilitar la asistencia a funerales y considerar una actividad de conmemoración, respetando la diversidad y los deseos del personal afectado.
- Evaluar las necesidades emocionales y los riesgos de cada empleado afectado, fomentando la búsqueda de ayuda cuando sea pertinente.
- Considerar la entrega de permisos de ausencia por duelo.
- Acompañar a las personas en duelo en su retorno al trabajo, incluyendo la opción de un reintegro progresivo.

- Reconocer la diversidad de maneras de afrontar la muerte por suicidio. Algunos compañeros de trabajo pueden sentirse culpables por no haber identificado señales de alerta en la persona fallecida, mientras que otros pueden necesitar tiempo libre para procesar la situación o encontrar consuelo en la rutina laboral. También es importante estar atentos a quienes reaccionan asumiendo una carga excesiva de trabajo.

14.2. IMPACTO DEL SUICIDIO EN JEFATURAS

En contextos de postvención, el liderazgo debe ser inicialmente activo, para luego disminuir gradualmente según las necesidades del equipo. Muchos líderes organizacionales sienten una profunda responsabilidad hacia sus colaboradores, lo que puede generar sentimientos de culpa tras un suicidio. Sin embargo, ningún individuo o hecho específico es el único responsable de un suicidio, y los líderes a menudo sobrestiman su capacidad de prevenirlo.

La gestión de la postvención puede ser un desafío, y los líderes no deben enfrentarla solos. Un liderazgo informado y colaborativo, respaldado por recursos adecuados, puede marcar una diferencia en la recuperación de la organización afectada.

14.3. ESPACIOS SIMBÓLICOS EN EL CONTEXTO LABORAL

El reconocimiento de la muerte y las actividades simbólicas en el ámbito laboral permiten a los compañeros de trabajo expresar su pérdida, lo que facilita su recuperación. Estas acciones deben ser independientes de los funerales organizados por la familia, aunque los colegas pueden participar en ellos si lo desean. Para garantizar que estas acciones sean significativas y respetuosas, es recomendable acordar formas de reconocimiento, como la creación de libros de condolencias. También es importante coordinar con la familia para obtener su consentimiento y, si lo desean, permitir su participación.

15.

Los profesionales y técnicos de la salud enfrentan con frecuencia autolesiones o comportamientos suicidas de usuarios y están especialmente expuestos a muertes por suicidio. Esta exposición no se limita a los especialistas en salud mental, sino que también afecta a profesionales de otras áreas y a quienes trabajan en servicios de urgencia. De hecho, la mayoría de las personas que mueren por suicidio han tenido contacto previo con algún equipo de salud, convirtiendo este tipo de eventos en un importante riesgo laboral y en una de las experiencias más estresantes de la práctica clínica.

A lo largo de su carrera, 33% de los trabajadores sociales (Jacobson et al., 2004), 55% de los enfermeros (Takahashi et al., 2011), entre 22% y 39% de los psicólogos, y entre 51% y 82% de los psiquiatras (Castelli et al., 2017) han estado expuestos al suicidio de un usuario. Estos eventos no sólo podrían tener consecuencias emocionales, sino que también podrían afectar la práctica profesional, generando cambios en la forma en que los profesionales se relacionan con su trabajo y con los usuarios. Por ello, es fundamental implementar estrategias estructuradas de acompañamiento para que los profesionales y técnicos puedan procesar la experiencia y recuperar la confianza en su práctica. Esto incluye el desarrollo de protocolos institucionales, la formación en prevención y manejo inicial del riesgo suicida, y la creación de espacios de contención dentro del entorno laboral. Proteger la salud mental de los profesionales y técnicos de la salud no sólo es importante para su bienestar, sino también para garantizar una atención de calidad a los usuarios.

15.1. IMPACTO DEL SUICIDIO EN PROFESIONALES Y TÉCNICOS DE LA SALUD

El suicidio de un usuario puede desencadenar en los profesionales y técnicos de la salud síntomas de estrés agudo y diversas reacciones emocionales, como angustia, miedo, rabia, sentimientos de culpa o impotencia por no haber evitado la muerte. También pueden presentarse insomnio, aislamiento social o consumo excesivo de alcohol y tranquilizantes, lo cual podría requerir una evaluación específica. Asimismo, pueden surgir sentimientos de inutilidad, frustración o fracaso profesional al percibir que no se cumplió con el deber de cuidado o que todo el esfuerzo realizado para ayudar al usuario fue en vano. Estas reacciones pueden repercutir en el ámbito laboral, afectando la relación entre compañeros de trabajo y la institución, así como la gestión administrativa (preocupación por la documentación de casos y los aspectos legales) y el desempeño clínico. Todo ello erosiona la autoconfianza y la sensación de competencia profesional, generando dificultades en la toma de decisiones y un aumento de errores en la práctica clínica.

De este modo, los profesionales afectados suelen desarrollar una mayor sensibilidad a las señales de alerta de las conductas suicidas y experimentar ansiedad sobre su capacidad para evaluar y tratar casos de riesgo. Esto puede manifestarse en conductas evitativas hacia pacientes en situación de vulnerabilidad o en una mayor tendencia a indicar la hospitalización como medida preventiva. En algunos casos, por temor a un nuevo suicidio por parte de sus pacientes, los profesionales pueden aumentar la frecuencia de atenciones más allá de lo clínicamente recomendado o intensificar las intervenciones, lo que puede generar una sobrecarga laboral. En casos extremos, el impacto del suicidio de un usuario puede llevar al abandono transitorio del trabajo.

La magnitud del efecto varía según factores individuales (personalidad y vulnerabilidades preexistentes), profesionales (nivel de experiencia, etapa de la carrera o cercanía con el usuario) e institucionales (grado de apoyo recibido). Asimismo, existen diferencias de género en la forma de afrontar el impacto: las mujeres suelen experimentar mayor autocrítica y culpa, además de mostrar una mayor disposición a compartir su experiencia y

buscar ayuda profesional. En contraste, los hombres tienden a manifestar conductas evitativas tras el evento.

En algunos casos, los profesionales y técnicos deben equilibrar su propio duelo con el cuidado de otros, exponiéndose a formas de "duelo desautorizado" o "duelo sin derecho", es decir, un duelo no reconocido socialmente por no ser familiares o amigos del fallecido. Ante este fenómeno, es importante recordar que el impacto emocional tras un suicidio está determinado más por la percepción de cercanía psicológica con la persona fallecida que por el vínculo familiar o grado de amistad que se tenía con ella. Por cierto, algunos profesionales logran transformar estas experiencias en oportunidades de aprendizaje en su práctica laboral.

15.2. APOYO EN CASO DE SUICIDIO DE UN USUARIO

A pesar de la evidencia sobre el impacto del suicidio de un usuario en profesionales y técnicos de la salud, el principal apoyo emocional que reciben suele provenir de sus familiares, mientras que el soporte institucional es, en muchos casos, insuficiente. Para responder a esta necesidad y ayudar a profesionales y técnicos a procesar el impacto del evento, las instituciones de salud deben implementar programas estructurados en múltiples niveles.

A nivel institucional, es clave contar con protocolos que incluyan la revisión de casos, la documentación del tratamiento y la garantía de apoyo tanto legal como emocional. La comunicación debe manejarse con especial cuidado: el profesional afectado debe ser informado en un entorno privado antes de que la noticia se comparta con el resto del equipo. Además, siempre que sea posible, debe participar en la revisión del caso y en la identificación de medidas a implementar, evitando su exclusión de estos procesos.

El apoyo informal entre compañeros de trabajo juega un rol importante en la reducción del aislamiento. Grupos de apoyo entre profesionales y reuniones periódicas pueden ser útiles para mitigar el impacto emocional. Asimismo, fomentar la cohesión del equipo a través de espacios de diálogo colectivo favorece el bienestar de los profesionales y contribuye a construir un entorno de apoyo mutuo dentro de la institución.

Es fundamental comunicar de manera clara los recursos de apoyo disponibles, asegurando que los profesionales tengan acceso a mecanismos de notificación en caso de requerir ayuda adicional. Se recomienda proporcionar acceso a recursos externos para quienes lo necesiten, como programas de evaluación de riesgo e intervención con especialistas de ACHS o Mutual. Para quienes experimentan un impacto significativo es recomendable ofrecer intervenciones personalizadas, y en los casos más graves, garantizar acceso a atención psicológica.

15.3. APOYO EN CASO DE SUICIDIO DE UN COMPAÑERO DE TRABAJO

Enfrentar el fallecimiento por suicidio de un compañero de trabajo exige una gestión cuidadosa, tanto para brindar apoyo a los afectados como para fortalecer la respuesta institucional. Este tipo de eventos puede ser una oportunidad para mejorar el entorno laboral, educar sobre la complejidad del suicidio y sensibilizar a la comunidad laboral en torno a su prevención.

A continuación, se presentan algunas medidas que las instituciones de salud pueden adoptar tras el suicidio de un funcionario.

Activar un equipo de respuesta a crisis

- Establecer un equipo de respuesta a crisis con anticipación, liderado por un referente y al menos un profesional de salud mental, para garantizar una respuesta rápida, coordinada y estructurada.
- Activar la comunicación con los equipos legales y de asuntos públicos de la institución, especialmente en casos de suicidio dentro del centro de salud.
- Asignar a un miembro del equipo de respuesta a crisis para coordinar la relación con los medios si fuese necesario.

Contacto con la familia

- Realizar el contacto con la familia con sensibilidad y empatía, considerando que en los primeros días o semanas pueden estar en estado de shock.
- Brindar información sobre servicios de ayuda y beneficios disponibles, asegurándose de que la familia esté preparada para recibirlos.
- Realizar un seguimiento dentro de los días posteriores para atender cualquier inquietud adicional de los familiares.
- Asignar la llamada inicial preferiblemente al liderazgo de la unidad de trabajo. Delegar la responsabilidad en un miembro del equipo de respuesta a crisis si el líder no se siente cómodo realizando la llamada.

Notificación a compañeros cercanos

- Comunicar la noticia a los compañeros más cercanos lo antes posible, priorizando una reunión presencial o una llamada telefónica en lugar de un correo electrónico.
- Mencionar que el fallecimiento fue por suicidio, evitando compartir detalles sobre el método o las circunstancias de la muerte.

- Evitar especulaciones sobre las razones del suicidio, ya que esto puede aumentar la angustia de quienes están procesando la pérdida.
- No difundir información no verificada si la causa de muerte aún no está confirmada.
- Evaluar el estado emocional de los compañeros cercanos y su capacidad para participar en las actividades de postvención.

Comunicación a la organización

- Comunicar a la organización, evitando compartir detalles sobre el método o las circunstancias de la muerte para proteger la privacidad y minimizar el riesgo de transmisión del riesgo suicida. Evitar además las presentaciones idealizadas de la vida del fallecido (consultar el capítulo 7).
- Incluir información sobre servicios y recursos de apoyo disponibles en todas las comunicaciones internas.

Apoyo emocional individual y grupal

- Fomentar la cohesión y el trabajo en equipo, promoviendo espacios de diálogo para reducir el aislamiento y mitigar el impacto emocional.
- Reconocer la diversidad de maneras de afrontar la pérdida. Algunos compañeros de trabajo pueden experimentar sentimientos de culpa por no haber identificado señales de alerta en la persona fallecida, mientras que otros pueden necesitar tiempo libre para procesar la situación o encontrar consuelo en la rutina laboral.
- Identificar vulnerabilidades, prestando especial atención a quienes hayan sufrido pérdidas recientes, tengan antecedentes de problemas de salud mental o familiares con historial de suicidio.
- Promover el acceso a orientación psicológica para quienes lo necesiten. Por ejemplo, el Hospital Digital de MINSAL brinda atención psicológica a funcionarios de la red pública de salud mediante videollamadas o asistencia telefónica (consultar el capítulo 17).
- Promover el autocuidado como estrategia para enfrentar riesgos asociados al trabajo sanitario.
- Utilizar fechas como el Día Mundial de la Prevención del Suicidio (10 de septiembre), para desafiar mitos en torno al suicidio y fomentar una cultura de prevención.

Apoyo logístico para la unidad de trabajo

- Mencionar los canales internos para garantizar acceso a permisos o ausencias.
- Reorganizar la carga de trabajo para distribuir mejor las responsabilidades.
    - Solicitar apoyo a colegas de otras unidades para compartir tareas, si es viable.
    - Ajustar la distribución de atención a usuarios para garantizar su continuidad.



IMPLEMENTACIÓN

16.

La planificación anticipada ante una crisis provocada por una muerte por suicidio es fundamental para asegurar una respuesta oportuna, coordinada y eficaz. Idealmente, una intervención de postvención del suicidio debería iniciarse dentro de las primeras 24 horas, ya que la manera en que se gestionan las primeras interacciones con las personas expuestas o afectadas puede influir significativamente en su proceso de recuperación. Las recomendaciones de este apartado buscan facilitar la elaboración de un protocolo de postvención adaptable a distintos contextos. Para ello, se describe un proceso estructurado en cuatro fases: (1) preparación, (2) gestión de la crisis, (3) acciones posteriores a la crisis y (4) seguimiento y evaluación. Las orientaciones presentadas en esta guía están diseñadas para apoyar el desarrollo de cada una de estas fases, pero no implican la implementación estricta de todas las medidas propuestas. Es indispensable que el protocolo mantenga un carácter flexible, permitiendo ajustar las acciones según los recursos disponibles y las particularidades de cada contexto. Asimismo, debe considerar aspectos culturales que garanticen un abordaje respetuoso, tanto hacia las personas expuestas o afectadas como hacia la dinámica comunitaria.

16.1. PREPARACIÓN

Objetivo: Proveer al entorno de una estrategia previamente planificada para responder de manera oportuna ante una crisis derivada de una muerte por suicidio.

Medida 1: Crear un protocolo de postvención

El protocolo debe incluir lineamientos claros de comunicación, mecanismos para identificar grupos en riesgo, además de estrategias de seguimiento y evaluación. La planificación debe incorporar materiales prácticos como flujos de derivación, definiendo roles y procedimientos específicos.

Es clave que el protocolo sea claro y accesible para los miembros de la comunidad involucrada, diferenciando acciones según temporalidades de corto plazo (primeras setenta y dos horas), mediano plazo (primeros seis meses) y largo plazo (a partir del primer año).

El momento de intervención es crucial: una respuesta temprana, incluso con recursos limitados, es más efectiva que un despliegue tardío, cuando la receptividad de las personas puede haberse reducido significativamente.

Medida 2: Formar un comité de postvención

Es crucial establecer con anticipación un comité de postvención, el cual puede estar integrado por líderes naturales, representantes administrativos o personal de recursos humanos, especialistas en salud mental u otros actores clave de la comunidad. La composición del comité debe permitir identificar las necesidades de la población afectada y coordinar los recursos disponibles.

Cada integrante del comité debe recibir formación adecuada, tener roles claramente definidos y estar capacitado para intervenir con seguridad. Además, se recomienda nombrar a un coordinador general de postvención, encargado de supervisar las actividades y facilitar la colaboración con las redes sanitarias y comunitarias.

Medida 3: Capacitar al personal y sensibilizar a la comunidad

Para garantizar una respuesta sensible y efectiva ante una crisis, es importante ofrecer al comité una formación integral en competencias básicas de postvención. La capacitación del equipo debe incluir:

- Comprensión del impacto de una muerte por suicidio en personas, familias y comunidades (consultar los capítulos 2, 3 y 4).
- Desarrollo de habilidades comunicacionales para abordar temas sensibles con empatía y claridad (consultar el capítulo 6).
- Identificación de señales de alerta de comportamiento suicida y respuesta inicial ante posibles riesgos (se ofrece una formación gratuita sobre este tema en el curso online "Abordaje del riesgo suicida en adolescentes y jóvenes", disponible en la plataforma Coursera[1]

1. *https://www.coursera.org/learn/abordaje-del-riesgo-suicida-en-adolescentes-y-jvenes*

- Fortalecimiento de la capacidad para brindar contención y apoyo inmediato, como primera ayuda psicológica, para mitigar el impacto tras una muerte por suicidio (consultar el capítulo 7).

16.2. GESTIÓN DE LA CRISIS (PRIMERAS 72 HORAS DESPUÉS DEL SUICIDIO)

Objetivo: Brindar una respuesta oportuna que garantice seguridad y contención a las personas expuestas a una muerte por suicidio, ejecutando las acciones del plan de postvención para mitigar el impacto a nivel individual y comunitario.

Medida 4: Implementar medidas de emergencia

Para proteger la privacidad del lugar del suicidio, es fundamental coordinar con carabineros, policía de investigaciones o bomberos para establecer perímetros de seguridad que eviten la exposición innecesaria de la comunidad, incluida la visualización de la persona fallecida. Además, se debe proporcionar ayuda inmediata a los testigos del suicidio mediante primera ayuda psicológica, incluyendo el uso de técnicas de afrontamiento para gestionar pensamientos negativos.

En las etapas iniciales, cuando suelen surgir reacciones de negación frente a la muerte, la intervención oportuna puede ayudar a aceptar la realidad de la pérdida (consultar el capítulo 7).

Medida 5: Comunicación segura y empática

La comunicación segura y empática tras un suicidio es clave para manejar la información con respeto y fortalecer la respuesta en momentos de alta vulnerabilidad. Esto implica recopilar y verificar datos confiables antes de compartirlos, designar un portavoz oficial para informar a la comunidad y los medios, y evitar rumores o desinformación. La colaboración con medios locales, el monitoreo de redes sociales y la adaptación de mensajes al contexto favorecen una difusión cuidadosa de la información. Asimismo, es importante establecer canales de comunicación internos y externos para coordinar con equipos de salud (consultar los capítulos 6 y 10).

Medida 6: Rituales y conmemoración

Facilitar rituales funerarios es fundamental para promover la expresión emocional y fortalecer los lazos comunitarios tras una muerte por suicidio. Estas actividades deben planificarse con respeto y considerando los deseos de la familia. Las actividades conmemorativas deben planificarse cuidadosamente para permitir a la comunidad recordar a la persona fallecida de manera segura (consultar los capítulos 8 y 12).

16.3. ACCIONES POSTERIORES A LA CRISIS (UNA A CUATRO SEMANAS DESPUÉS DEL SUICIDIO)

Objetivo: Brindar apoyo al entorno de la persona fallecida para contener los impactos de la muerte, prevenir nuevos riesgos y promover el retorno al funcionamiento habitual tras la crisis.

Medida 7: Información práctica y actividades educativas

Las actividades educativas son fundamentales para fomentar la comprensión del suicidio y el duelo, y promover la identificación temprana de riesgos. Estas deben incluir la sensibilización sobre señales de alerta, estrategias de afrontamiento y recursos de ayuda disponibles (presencial u online). Se recomienda proporcionar información práctica sobre el proceso de duelo y cómo afrontar desafíos inmediatos, incluyendo la diferenciación entre reacciones emocionales adaptativas, como la tristeza, y problemas de salud mental, como la depresión. La distribución de materiales educativos contribuye a movilizar a la comunidad frente a situaciones de vulnerabilidad y fomenta la búsqueda de ayuda (consultar el capítulo 17).

Medida 8: Identificar a personas con mayor vulnerabilidad

Para reducir el riesgo de nuevos comportamientos suicidas, es crucial identificar a las personas con mayor vulnerabilidad y brindarles apoyo focalizado. Esto requiere analizar las características del entorno afectado, incluyendo la naturaleza y organización de la comunidad (urbana o rural). Es importante además evaluar el clima general de la comunidad o establecimiento, considerando eventos trágicos recientes que puedan haber aumentado la vulnerabilidad, posibles conflictos o problemáticas como violencia, acoso laboral o escolar.

Para identificar a las personas con mayor vulnerabilidad, se deben evaluar las relaciones y grado de proximidad psicológica con la persona fallecida, y determinar el grado de exposición al suicidio. Los factores que aumentan la vulnerabilidad incluyen problemas de salud mental, como depresión o abuso de alcohol, así como la presencia de ideación suicida o intentos recientes de suicidio.

Para identificar a las personas que requieren asistencia focalizada, pueden utilizarse actividades de evaluación (screening) o entrevistas individuales, siempre que exista un plan de derivación oportuna hacia profesionales de la salud, ya sea en servicios internos o externos, públicos o privados. Una vez identificadas aquellas en mayor riesgo, es crucial organizar intervenciones individuales o grupales adaptadas a sus necesidades (consultar el capítulo 11).

(Para abordar algunas de estas dimensiones, se sugiere revisar el curso gratuito "Abordaje del riesgo suicida en adolescentes y jóvenes"[2]).

16.4.SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN (1-12 MESES)

Objetivo: Realizar un seguimiento de las acciones implementadas para evaluar la recuperación emocional y social de las personas, familias o comunidades tras una muerte por suicidio, así como la aceptabilidad de dichas acciones.

2. *https://www.coursera.org/learn/abordaje-del-riesgo-suicida-en-adolescentes-y-jvenes*

Medida 9: Enfoque preventivo y manejo de complicaciones psicológicas emergentes

Para prevenir complicaciones en las personas y comunidades, se recomienda llevar a cabo actividades de sensibilización sobre salud mental, reforzar la disponibilidad de espacios de apoyo y promover la difusión de líneas de asistencia inmediata (consultar el capítulo 17).

Durante los primeros meses tras un suicidio, ofrecer materiales de lectura (como la guía "Vivir después de la Muerte" de MINSAL), incluidos testimonios de personas en duelo, puede ser útil para las personas expuestas o afectadas por una muerte por suicidio (consultar el testimonio "Florecer a pesar de la ausencia" en el capítulo 18). Estos recursos pueden ayudar a normalizar cambios en las relaciones, validar los desafíos de adaptarse a una nueva vida cotidiana y proporcionar orientación para enfrentar eventos significativos, como cumpleaños o aniversarios.

Los protocolos de postvención pueden incluir estrategias específicas para abordar problemas complejos que puedan surgir tras un suicidio, como el trauma o el duelo complicado (consultar el capítulo 4). Además, pueden incluir acciones para acompañar el duelo de la comunidad y facilitar el retorno a las actividades rutinarias de la institución o comunidad como parte del proceso de recuperación. Estas acciones pueden incluir grupos de apoyo semanales dirigidos por profesionales, talleres educativos sobre manejo del duelo y planes de reintegración progresiva para que las personas afectadas retomen sus actividades (para obtener más información sobre estas actividades, se pueden consultar los sitios web de la red de fundaciones para la prevención del suicidio incluidos en el capítulo 17).

Medida 10: Apoyo al comité de postvención

Para mejorar el desempeño del comité de postvención y garantizar su bienestar, es fundamental ofrecer a sus integrantes apoyo logístico y emocional, así como promover acciones de autocuidado y de cuidado del equipo (para obtener más información sobre autocuidado de interventores, consultar el capítulo 11).

Medida 11: Evaluación de acciones

La evaluación de las acciones implementadas resulta esencial para garantizar la pertinencia del protocolo de postvención. Para ello, el comité de postvención debe mantener un registro de las acciones realizadas. Asimismo, se recomienda programar una evaluación a los 6 y 12 meses post-suicidio que permitan examinar el impacto percibido de las actividades, identificando áreas de mejora para ajustar el protocolo.

Los primeros 24 meses tras una muerte por suicidio constituyen un período especialmente importante, ya que es en este lapso cuando las personas suelen buscar apoyo en los servicios de salud u organizaciones de sobrevivientes.

Preparación	Proveer al entorno de una estrategia previamente planificada para responder de manera oportuna ante una crisis derivada de una muerte por suicidio.	1. Crear un protocolo de postvención 2. Formar un comité de postvención 3. Capacitar al personal y sensibilizar a la comunidad	
Gestión de la crisis (primeras 72 horas)	Brindar una respuesta oportuna que garantice seguridad y contención a las personas expuestas a una muerte por suicidio, ejecutando las acciones del plan de postvención para mitigar el impacto a nivel individual y comunitario.	4. Implementar medidas de emergencia 5. Comunicación segura y empática 6. Rituales y conmemoración	
Acciones posteriores a la crisis (1-4 semanas)	Brindar apoyo al entorno y a los individuos afectados para contener los impactos de una muerte por suicidio, prevenir nuevos riesgos y promover el retorno al funcionamiento habitual tras la crisis.	7. Actividades educativas 8. Identificar a personas con mayor vulnerabilidad	
Seguimiento y evaluación (1-12 meses)	Realizar un seguimiento de las acciones implementadas para evaluar la recuperación emocional y social de las personas, familias o comunidades tras una muerte por suicidio, así como la aceptabilidad de dichas acciones.	9. Enfoque preventivo y manejo de complicaciones psicológicas emergentes 10. Apoyo a interventores (comité de postvención) 11. Evaluación de acciones	

17.

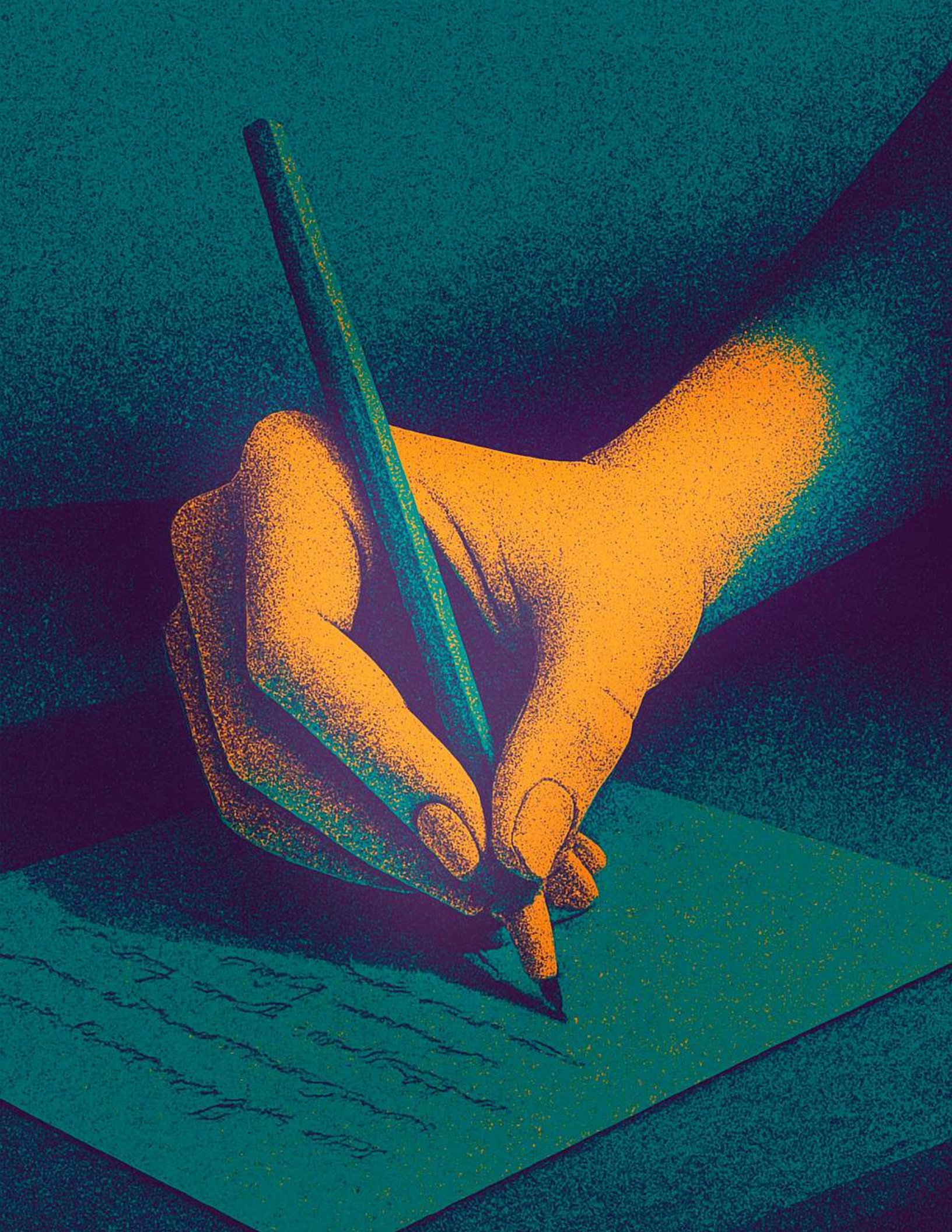
A continuación, se ofrece una lista de plataformas de ayuda disponibles para momentos de crisis, junto con un listado de fundaciones dedicadas a la prevención y postvención del suicidio en Chile.

17.1. LÍNEAS TELEFÓNICAS Y CHATS DE AYUDA

Salud Responde – Orientación en Salud Mental	Línea de ayuda del Ministerio de Salud para brindar orientación y ayuda sobre situaciones de salud mental.	600 360 7777 (Opción 2)	Lunes a viernes - 09:00 a 18:00
Hospital Digital – Salud Mental para las y los Funcionarios de Salud	Línea de ayuda del Ministerio de Salud para brindar atenciones psicológicas a funcionarios de la red pública de salud través de videollamadas o vía telefónica.	22 380 02 58 (Opción 1) *https://atencionremota.minsal.cl/funcionarios*	Lunes a viernes - 08:30 a 20:00
Línea de Prevención del Suicidio	Línea de ayuda del Ministerio de Salud para brindar apoyo en crisis suicidas.	*4141	24 hr. del día / 7 días de la semana
Hablemos de Todo	Chat del Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) para asistencia psicosocial y orientación a jóvenes de 15 a 29 años.	*https://hablemosdetodo.injuv.gob.cl/*	Lunes a viernes - 10:00 a 21:00 Sábados - 11:00 a 17:00
Hora Segura	Chat de Fundación Todo Mejora que ofrece contención emocional y orientación a jóvenes sobre temas asociados a la orientación sexoafectiva e identidad de género.	Aplicación móvil, descargable en Android e iOS *www.todomejora.org*	Lun a Mar-13:00 a 14:00-18:00 a 00:00 Mier a Vier-13:00 a 14:00-17:00 a 00:00 Sab a dom-13:00 a 14:00-19:00 a 00:00
Fono Infancia	Línea de ayuda del Ministerio de Desarrollo Social y Familia para fortalecer las competencias de adultos responsables de la crianza y protección infantil.	800 200 818 *https://www.fonoinfancia.cl/*	Lunes a viernes - 8:30 a 19:00
Fono Orientación y Ayuda Violencia Contra las Mujeres	Línea del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género que entrega apoyo a mujeres que sufren maltrato físico o psicológico, brindándoles orientación sobre cómo solicitar ayuda o dónde denunciar.	1455	24 hr. del día / 7 días de la semana
Fono Drogas y Alcohol	Línea del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) para personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, como también para sus familiares o cercanos.	1412	24 hr. del día / 7 días de la semana
Apoyo a Víctimas	Línea de la Subsecretaría de Prevención del Delito que otorga atención psicológica, social y jurídica a víctimas directas e indirectas de delitos violentos.	600 818 1000	Lunes a jueves - 08:00 a 18:30 Viernes - 08:00 a 17:30
Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU)	Línea del Ministerio de Salud que atiende urgencias en salud, gestionando recursos humanos y logísticos para brindar asistencia y traslado de las personas hasta su ingreso a un centro asistencial.	131	24 hr. del día / 7 días de la semana

17.2. RED DE FUNDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Fundación José Ignacio	Busca prevenir el suicidio en jóvenes y adultos afectados por este tipo de muerte. Ofrece grupos gratuitos de apoyo mutuo, además de capacitaciones y programas de prevención y postvención en diversas instituciones.	*https://fundacionjoseignacio.org/*
Fundación Míranos	Busca promover la salud mental y prevenir el suicidio en personas mayores. Ofrece contención emocional y apoyo psicosocial tanto a personas mayores como a sus familiares a través de canales remotos.	*https://www.fundacionmiranos.org/*
Fundación Katy Summer	Busca contribuir a la promoción de la salud mental y prevención de la ciberviolencia y el suicidio juvenil, trabajando con comunidades juveniles.	*https://fsummer.org/*
Fundación Todo Mejora	Busca promover el bienestar de niños, niñas y adolescentes afectados por bullying y discriminación relacionada con su orientación sexoafectiva, identidad o expresión de género, reconociendo a la comunidad LGBTIQA+ como un grupo con mayor riesgo de conductas suicidas.	*https://www.todomejora.org/*
Fundación Círculo Polar	Busca acoger y acompañar a personas con trastornos anímicos y a sus familias, promoviendo su bienestar emocional, social y laboral. Realiza psicoeducación, apoyo entre pares y capacita a expertos por experiencia.	Aplicación móvil, descargable en Android e iOS - *https://www.todomejora.org*
Fundación para la Confianza	Busca acompañar a víctimas de abuso sexual. Ofrece un espacio de orientación para víctimas de abuso sexual en la infancia y adolescencia, además de ofrecer apoyo psicológico a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en temas relacionados con salud mental y vulneración de derechos.	*https://www.paralaconfianza.org/*



TESTIMONIO

18.

Me pregunto quién estará leyendo esto. Tal vez seas un profesional de la salud, alguien que busca respuestas en medio de su labor. Tal vez seas una persona común, alguien que por azar o necesidad llegó hasta aquí. O quizás seas alguien como yo, un superviviente, alguien que carga con la angustia de la ausencia. No sé quién eres, pero sí sé algo: todos y todas tenemos una historia que contar respecto al suicidio. Por eso, y a pesar de no conocernos, sé que nos acompañamos en este camino desde la empatía y el deseo de mejorar nuestras realidades.

Mi nombre es Amapola. Alguna vez alguien me dijo que significa flor de la felicidad. En el jardín de la vida crecí y me crié junto a otra planta, llamada Amaranta, que quiere decir "inmarcesible"… aunque no sabía muy bien qué significaba esa palabra.

Con el pasar de las primaveras, en ella se fueron acumulando dolores que guardó en silencio en su corazón. Hasta que un día, en noviembre de 2019, al verse atormentada y sin escapatoria, se arrancó de raíz. Se transformó en cenizas que pronto recorrerían mis manos hasta perderse en el caudal acelerado de un río sureño.

Fueron días vertiginosamente explosivos e increíblemente solitarios. La marea de personas la recuerdo como masas sin rostros ni formas, como si no pudiera enfocar la mirada. Las palabras eran ruido y el mundo giraba sin parar. Entre trámites, burocracia y ceremonias me enfrenté muchas veces a su fotografía. La verdad, no pude sostener la mirada en ninguna de esas ocasiones.

El tiempo pasó. La marea se fue aquietando y las voces cesaron. La casa comenzó a sentirse vacía. No era sólo el silencio; era la ausencia. Era el eco de una voz que ya no estaba. Era la sensación de que algo había quedado suspendido en el aire, como una melodía interrumpida a mitad de una nota. No podía recordarla sin sentir el dolor incesante del trauma, sin rememorar el horror de su partida, y me resigné pensando que tendría que acostumbrarme a vivir con ello.

"No estás sola" era una frase que había escuchado muchas veces en otros contextos. Pero ahora, en medio de la desesperanza, esas palabras resonaban como un eco vacío. Me sentía completamente sola, pues ni yo misma era capaz de entender la magnitud del dolor que sentía. Los días pasaban y la vida continuaba a mi alrededor, como si el mundo no entendiera que el mío se había acabado. No es sólo la tristeza lo que te consume. Es la culpa, la rabia, la impotencia. Es la interminable lista de "¿y si...?", "¿por qué no...?", "¿cómo no lo impedí?". Es el miedo a hablar, porque el suicidio sigue marcado por el estigma, como un tabú, como un murmullo incómodo entre los que se quedan. Me hubiese gustado saber que el suicidio no es una decisión repentina, ni un acto de valentía o cobardía, ni cualquier otra etiqueta que nace desde los prejuicios, sino la manifestación de un dolor profundo que, a menudo, resulta invisible para los demás e insoportable para quien lo experimenta. Me hubiese gustado entender que la salud mental no es una cuestión de fuerza de voluntad, sino de acceso, de redes de apoyo, de un sistema que muchas veces nos falla. Me hubiese gustado que alguien me dijera que el duelo no se resignifica en silencio, sino hablándolo o compartiéndolo de alguna forma, sosteniéndonos entre quienes hemos pasado por lo mismo.

Para mis terapeutas fue un desafío poder acompañarme en este proceso. ¿Cómo podían trabajar en un contexto donde la información sobre el duelo por suicidio era tan esquiva? ¿Cómo desplegar herramientas que no necesariamente pudieron adquirir en su formación profesional? Yo no esperaba que ellos tuvieran todas las respuestas, sino que me ayudaran a sostenerme en la incertidumbre, a validar mis emociones sin prisa, a encontrar formas de transitar este duelo sin presión. No necesitaba que alguien me dijera cómo "superar" mi duelo, sino que estuviera presente y caminara a mi lado, que me ayudara a comprender que no tengo que cargar con todo esto sola y que mi dolor merece ser acompañado con respeto y compasión.

Me gustaría que más profesionales comprendieran que cada persona vive de manera distinta el duelo por suicidio.

A lo largo de este camino, he comprendido que escuchar y aprender de las experiencias de otros es esencial para poder

habitar esta nueva realidad sin sentirnos aislados. Expresarnos libremente, sin miedo al juicio, en un entorno donde el duelo no esté rodeado de estigmas ni mitos, nos permite darle un significado propio a nuestro proceso. Vivir el duelo a nuestro ritmo, sin imposiciones ni expectativas irreales, y permitirnos pedir ayuda sin vergüenza, son pasos fundamentales para transformar la forma en que enfrentamos la pérdida. Hablar del duelo por suicidio, visibilizarlo y sostenernos en comunidad es una forma de evitar que otros lleguen a sentirse tan acorralados como quienes ya no están.

> ***No puedo negar que ha sido un camino largo y difícil. Y sé que lo seguirá siendo. Algunos días son más llevaderos que otros. Hay mañanas en las que la ausencia pesa tanto que parece imposible levantarse. Y hay momentos en los que un recuerdo, una canción, un video o una fotografía pueden traer consuelo, incluso una carcajada. Aunque no es lo que esperaba vivir, vale la pena seguir adelante. La experiencia me permitió volver a recordar a Amaranta no sólo desde los recuerdos amargos, sino también desde el amor y la alegría de haber podido compartir parte de mi vida con ella.***

Y así, después de mucho tiempo, entendí lo que era inmarcesible. Quiere decir inmarchitable, es decir, que nunca muere. Amaranta siempre será más que su muerte. Su voz y su amor siguen aquí. La escucho cantar cada vez que sonrío, y quizás gracias a eso, la flor de la felicidad volvió a brotar.

Si has experimentado una pérdida por suicidio, espero que todo lo que has encontrado en la guía Estar te ayude a transitar este proceso. Recuerda que no hay un camino único ni una forma "correcta" de atravesar el duelo. Recuerda que no estás solo, no estás sola.

Si eres profesional de la salud, espero que esta guía sea una herramienta que te permita acompañar a quienes atraviesan el duelo por suicidio con empatía y sensibilidad. La postvención puede transformar vidas y tu rol en este proceso es fundamental. Gracias por estar aquí y por tu disposición a aprender. Recuerda que tú también importas y que debes cuidarte en este proceso.

AMAPOLA SABALL LÓPEZ

19.

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron en el proceso de elaboración de esta guía, compartiendo sus conocimientos y experiencias. Expresamos nuestro agradecimiento a las personas que han experimentado un duelo por suicidio y los profesionales de la salud que participaron en las entrevistas del estudio preliminar de este proyecto, así como a quienes contribuyeron en el panel Delphi, cuyo aporte fue fundamental para definir los lineamientos de este documento.

En particular, queremos expresar nuestro agradecimiento a Silvia Albornoz (Dirección de Salud de Maipú), Erik Barrenechea (Fundación José Ignacio), Susana Bennett (University of Glasgow), Sergio Barroilhet (Universidad de Chile), Francisco Bustamante (Universidad de los Andes), Romina Calcagno, Hilary Causer (University of Surrey), Gonzalo Dávalos (Universidad San Sebastián), Rodrigo Díaz (Universidad del Desarrollo), Leonor Irarrázaval (Universidad Tecnológica Metropolitana), Louise La Sala (University of Melbourne), Edouard Leaune (Université Lyon 1), Cristian López (Hospital Clínico Universidad de Chile), Claudio Martínez (Universidad Diego Portales), Cristóbal Morales (MIDAP), Susana Morales (Pontificia Universidad Católica), Margot Morgiève (Université Paris Cité), Tamara Otzen (Universidad de La Frontera), Alejandro Riquelme (Ministerio de Salud), Rafael Sepúlveda (Universidad de Chile), Belén Vargas (Ministerio de Salud) y Ana Karina Zúñiga (MIDAP).

Asimismo, extendemos nuestro agradecimiento al grupo de profesionales que participó en la revisión de este documento: Macareña Acuña (COSAM El Bosque), Lily Arriagada (COSAM Ñuñoa), Fernando Neira (COSAM Talca) y Andrea Sapiains (CESFAM Quemchi). También queremos agradecer a Amapola Saball por su generosidad y compromiso con la postvención al compartir su testimonio.

20.

A continuación, se presentan referencias bibliográficas organizadas por capítulo para facilitar su consulta. Estas fuentes permiten profundizar en los temas abordados a lo largo de esta guía.

INTRODUCCIÓN

- Andriessen, K., Krysinska, K., Kõlves, K., & Reavley, N. (2019). Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. Frontiers in psychology, 10, 2677.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not Six. Suicide & life-threatening behavior, 49(2), 529–534.
- Jiménez-Molina, A. (2023). Duelo por suicidio y estrategias de postvención en Chile: Un estudio exploratorio para avanzar en el desarrollo de un modelo de intervención psicosocial con personas y comunidades sobrevivientes de muertes por suicidio (Informe técnico). Santiago: Instituto Milenio MIDAP.
- Jiménez-Molina, A., Duarte, F., Vargas, B., Riquelme, A., Martínez, V. (2024). Recomendaciones para la Actualización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/04/Recomendaciones-para-la-Actualizacion-del-Programa-Nacional-de-Prevencion-del-Suicidio_v3.pdf
- Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Castelli Dransart, D. A., & Andriessen, K. (2018). A Systematic Mapping of Suicide Bereavement and Postvention Research and a Proposed Strategic Research Agenda. Crisis, 39(4), 275–282.
- McDonnell, S., Flynn, S., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., & Hunt, I. M. (2022). Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. Suicide & life-threatening behavior, 52(5), 887–897.
- MINSAL (2013). Programa nacional de prevención del suicidio. Orientaciones para su Implementación. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2021). Vivir después de la muerte. Guía de apoyo a sobrevivientes de pérdida por suicidio de un ser querido. Santiago: MINSAL.
- MINSAL (2022). Informe de mortalidad por suicidio en Chile: 2010-2019. Santiago: MINSAL.
- Inostroza, C. (2021). Programa Nacional de Prevención del Suicidio de Chile: Una comparación con la evidencia internacional. Gobierno y Administración Pública, 2, 123-137.
- Oexle, N. & Sheehan, L. (2019). Perceived social support and mental health after suicide loss. Crisis, 41, 65–69.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Ginebra: OMS.
- Vargas, B., & Martínez, V. (2024). DAS: Detección, Apoyo y Seguridad. Modelo de Entrenamiento en Competencias de Gatekeeper para la Prevención del Suicidio en la Comunidad. Santiago: Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay).

1.¿QUÉ ES POSTVENCIÓN?

- Abbate, L., Chopra, J., Poole, H., & Saini, P. (2024). Evaluating Postvention Services and the Acceptability of Models of Postvention: A Systematic Review. Omega, 90(2), 865–905.
- Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O. T. (Eds.) (2017). Postvention in Action. The International Handbook of Suicide Bereavement Support. Toronto: Hogrefe Publishing.
- Andriessen, K., Krysinska, K., Kõlves, K., Reavley, N. (2019). Suicide postvention service models and guidelines 2014-2019: A systematic review. Frontiers in Psychology, 10, 1-22.
- Andriessen, K., Krysinska, K., Hill, N., Reifels, L., Robinson, J., Reavley, N., Pirkis, J. (2019). Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. BMC Psychiatry, 19(1), 49.
- Gehrmann, M., Dixon, S., Visser, V., & Griffin, M. (2020). Evaluating the Outcomes for Bereaved People Supported by a Community-Based Suicide Bereavement Service. Crisis, 41(6), 437–444.
- Jiménez-Molina, A., Ojeda, F., Barrera, T., Pinto, J.P., Morgiève, M. (In press). Suicide bereavement and postvention: What do we know and what should we know? Jiménez-Molina, A.

& Martínez, V. (eds) New Perspectives on Suicidal Behavior: Cultural Context, Clinical Assessment, and Intervention. Springer.

- Nicolas, C., Notredame, C.-E., Séguin, M. (2017). Déploiement d'actions ou de stratégies de postvention: une revue systématique de la littérature. Rapport de recherche soumis à l'AQPS.
- Szumilas, M. & Kutcher, S. (2011). Post-suicide Intervention Programs: A Systematic Review. Canadian Journal Public Health, 102(1), 18-29.

2.DUELO POR SUICIDIO

- Cerel, J., McIntosh, J., Neimeyer, R., Maple, M., Marshall, D. (2014). The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. Suicide and Life Threatening Behavior, 44(6), 591-600.
- Clark, S. (2001). Mapping grief: An active approach to grief resolution. Death Studies, 25(6), 531-548.
- Comunidad de Madrid (2019). Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes. Madrid: Consejería de Sanidad. https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf
- Inostroza, C., Rubio-Ramirez, F., Bustos, C., Quijada, Y., Fernández, D., Bühring, V., … Araya, M. P. (2023). Peer-support groups for suicide loss survivors: a systematic review. Social work with groups, 47(3), 234–250.
- Jiménez-Molina, A., Ojeda, F., Barrera, T., Pinto, J.P., & Morgiève, M. (In Press). Suicide bereavement and postvention: What do we know and what should we know? Jiménez-Molina A & Martínez V (eds) New Perspectives on Suicidal Behavior: Cultural Context, Clinical Assessment, and Intervention. Springer.
- McDonnell, S., Flynn, S., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., & Hunt, I. M. (2022). Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. Suicide & life-threatening behavior, 52(5), 887–897.
- MINSAL (2021). Vivir después de la muerte. Guía de apoyo a sobrevivientes de pérdida por suicidio de un ser querido. Santiago: MINSAL.
- Support After Suicide Partnership (SASP) - National Suicide Prevention Alliance - Public Health England (2021). Help is at hand. Support after someone may have died by suicide. UK.
- Ross, V., Kõlves, K., & De Leo, D. (2021). Exploring the support needs of people bereaved by suicide: A qualitative study. Omega, 82(4), 632–645.
- Worden, W. (2022). El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia. Santiago: Paidós.

3.DUELO POR SUICIDIO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

- Andriessen, K., Krysinska, K., Rickwood, D., & Pirkis, J. (2020). "It changes your orbit": The impact of suicide and traumatic death on adolescents as experienced by adolescents and parents. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(24), 9356.
- Martínez, J. & Wormald, F., Chile Crece Contigo (2020). Libros para niños sobre pérdidas y muertes. Disponible en:*https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/06/Libros-sobre-pe%CC%81rdida-y-muerte-para-nin%CC%83os.pdf*
- Hung, N. C., & Rabin, L. A. (2009). Comprehending childhood bereavement by parental suicide: A critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. Death Studies, 33(9), 781–814.
- González, C., Simon, J., & Jara, E. (2017). Etiologías del suicidio pehuenche: trauma territorial y fuerzas negativas en Alto Biobío, Chile. Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido, 133.
- Silva-Fernánez, M. & Vargas, B. (In press). Culturally Sensitive Suicide Prevention Programs: Addressing Indigenous Peoples in Latin America and the Caribbean. In Jiménez-Molina A. & Martínez V. (eds) New Perspectives on Suicidal Behavior: Cultural Context, Clinical Assessment, and Intervention. Springer.

4.DUELO COMPLICADO Y TRAUMA

- Bellini, S., Erbuto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., & Pompili, M. (2018). Depression, Hopelessness, and Complicated Grief in Survivors of Suicide. Frontiers in Psychology, 9, 198.
- Hill, N. T. M., Robinson, J., Pirkis, J., Andriessen, K., Krysinska, K., Payne, A., Boland, A., Clarke, A., Milner, A., Witt, K., Krohn, S., & Lampit, A. (2020). Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. PLoS medicine, 17(3), e1003074.
- Levi-Belz, Y., Ben-Yaish, T. (2022). Prolonged Grief Symptoms among Suicide-Loss Survivors: The Contribution of Intrapersonal and Interpersonal Characteristics. Int. J. Environ. Res. Public Health, 19, 10545.
- McDonnell, S., Flynn, S., Shaw, J., Smith, S., McGale B & Hunt I. (2022). Suicide bereavement in the UK: Descriptive findings from a national survey. Suicide and Life-Threatening Behavior, 52(5), 887-897.
- Mitchell, A. & Terhorst, L. (2017) PTSD symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 23(1), 61–65.
- Pitman, A., Osborn, D. , Rantell, K., King, M.. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: A cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. BMJ Open, 6, e009948.

- Swanson, S. & Colman, I. (2013) Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. Can. Med. Assoc. J., 185, 870–877.

5.ESTIGMA

- Cvinar, J. G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma? Perspectives in Psychiatric Care, 41(1), 14-21.
- Pitman, A., Osborn, D., Rantell, K., & King, M. (2018). The stigma experienced by people bereaved by suicide and other sudden deaths: A cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. Journal of Affective Disorders, 227, 849-856.
- Sudak, H., Maxim, K., & Carpenter, M. (2008) Suicide and Stigma: A Review of the Literature and Personal Reflections. Academic Psychiatry, 32(2), 136-142.

6.¿CÓMO HABLAR SOBRE SUICIDIO?

- Almeida, A., Silva, A., Moura, A., Miasso, A. & Giachero, K. (2021). Meanings of suicidal behavior from the perspective of primary care professionals. Public Health Nursing, 38(4), 564-570.
- Maple, M., Frey, L. M., McKay, K., Coker, S., & Grey, S. (2020). "Nobody Hears a Silent Cry for Help": Suicide Attempt Survivors' Experiences of Disclosing During and After a Crisis. Archives of Suicide Research, 24, 498-516.
- Public Health Agency of Canada (2018). Language matters. Safe language and messages for suicide prevention. *https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/language-matters-safe-communication-suicide-prevention/pub-eng.pdf*
- Silverman, M., Berman, A., Sanddal, N., O'carroll, P., & Joiner, T. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. Suicide & life-threatening behavior, 37(3), 264–277.

7.ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS

- Cortés, P. & Figueroa, R. (2016). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas. Pontificia Universidad Católica de Chile: Departamento de Psiquiatría. Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN). Enlace: *https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-abcde-la-aplicacion-primeros-auxilios-psicologicos/*
- Enlace videos de formación Manual ABCDE: *https://www.youtube.com/watch?v=lhzkJR0cW3w&t=5s*
- McNally, R. (2004). Psychological debriefing does not prevent posttraumatic stress disorder. Psychiatric Times, 21(4).
- SAMH & NHS Scotland (2012). After a suicide. [Descargado en marzo 2023 desde *https://www.samh.org.uk/documents/After_A_Suicide_2023.pdf*
- Organización Mundial de la Salud - War Trauma Foundation (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra.

8.RITUALES FUNERARIOS Y ESPIRITUALIDAD

- McDonnell, S., Hunt, IM., Flynn, S., Smith, S., McGale, B., Shaw, J. (2020). From grief to hope: The collective voice of those bereaved or affected by suicide in the UK. Manchester: University of Manchester.
- Postvention Australia (2022). Bereavement after suicide. Practical advice, support & understanding. Disponible en: www.postventionaustralia.org
- Rodriguez, C. (2020). Plantas medicinales, cantos rituales y poemas mapuches: la poesía como dispositivo de intersaberes. Revista Documentos Lingüísticos y Literarios UACh, (39), 174-188.

9.TRANSMISIÓN DEL RIESGO SUICIDA

- Abrutyn, S. & Mueller, A. S. (2014). Are suicidal behaviours contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. American Sociological Review, 79(2), 211–227.
- Gould, M., Wallenstein, S., Kleinman, M. (1990). Time-space clustering of teenage suicide. American Journal of Epidemiology, 131(1), 71-78.
- Martínez, V., Jiménez-Molina, A., Gerber, M. (2023). Social contagion, violence, and suicide among adolescents. Current Opinion in Psychiatry, 36(3), 237-242.
- Niederkrotenthaler, T., Braun, M., Pirkis, J., Till, B., Stack, S., Sinyor, M., Tran, U. S., Voracek, M., Cheng, Q., Arendt, F., Scherr, S., Yip, P. S. F., & Spittal, M. J. (2020). Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. BMJ, 368, m575.
- Pirkis J, Bantjes J, Gould, M., Niederkrotenthaler, T., Robinson, J., Sinyor, M., Ueda, M., Hawton, K. (2024). Public health measures related to the transmissibility of suicide. Lancet Public Health, 9(10), 807-815.
- Public Health England (2019). Identifying and responding to suicide clusters: A practice resource. *https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/839621/PHE_Suicide_Cluster_Guide.pdf*

10.MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES

- Martínez, V., Jiménez-Molina, A., Gerber, M. (2023). Social contagion, violence, and suicide among adolescents. Current Opinion in Psychiatry, 36(3), 237-242.
- Niederkrotenthaler, T., Till B., Kirchner, S., Sinyor, M., Braun, M., Pirkis, J. (2022). Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health, 7, e156–68.
- Organización Panamericana de la Salud (2023). Prevención del suicidio: un recurso para profesionales de los medios de comunicación. *https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-suicidio-recurso-para-profesionales-medios-comunicacion-actualizacion-2023*

11. ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS EN DUELO POR SUICIDIO

- Baran, A., Milewicz, T., & Stensmark, M. (2024). ELLIPSE Postvention Handbook. Cracow: The Jagiellonian University Publishing House.
- Comunidad de Madrid (2019). Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes. Madrid: Consejería de Sanidad, Madrid. *https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf*
- Worden, J. (2010). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós.
- Hunt, Q.A., Young, T.A. & Hertlein, K.M (2019). The process of long-term suicide bereavement: Responsibility, familial support, and meaning making. Contemporary Family Therapy, 41, 335-346.
- NAASP 2012 National Action Alliance for Suicide Prevention (NAASP): Survivors of Suicide Loss Task Force (2015). Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. national guidelines. Washington, DC. Descargado desde:*https://theactionalliance.org/sites/default/files/inline-files/NationalGuidelines.pdf*
- Wilson A. & Marshall A. (2010). The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends. Death Studies, 34, 625-640.

12.CONMEMORACIÓN, VÍNCULOS CONTINUOS Y (NUEVA) VIDA COTIDIANA

- Comunidad de Madrid (2019). Guía para familiares en duelo por suicidio. Supervivientes. Madrid: Consejería de Sanidad, Madrid. *https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf*
- Goodall R., Krysinska K., Andriessen K. (2022). Continuing bonds after loss by suicide: A systematic review. Int. J. Environ. Res. Public Health, 19, 2963.
- Support After Suicide Partnership (SASP) - National Suicide Prevention Alliance - Public Health England (2021). Help is at hand. Support after someone may have died by suicide. UK.

13. PRINCIPIOS PARA LA POSTVENCIÓN EN CONTEXTOS EDUCATIVOS

- Abrutyn, S., & Mueller, A. S. (2014). Are suicidal behaviours contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. American Sociological Review, 79(2), 211–227.
- Gould, M. S., Lake, A. M., Kleinman, M., Galfalvy, H., Chowdhury, S., & Madnick, A. (2018). Exposure to suicide in high schools: Impact on serious suicidal ideation/behaviour, depression, maladaptive coping strategies, and attitudes toward help-seeking. International Journal of Environmental Research and Public Health, 15, 455–472.
- Kõlves, K., Ross, V., Hawgood, J., Spence, S. H., & De Leo, D. (2017). The impact of a student's suicide: Teachers' perspectives. Journal of Affective Disorders, 207, 276–281.
- Maples, M. F., Packman, J., Abney, P., Daugherty, R. F., Casey, J. A., & Pirtle, L. (2005). Suicide by Teenagers in Middle School: A Postvention Team Approach. Journal of Counseling & Development, 83(4), 397-405.
- Marshall, D., Moutier, C., Rosenblum, L., Miara, C., & Posner, M. (2018). After a suicide: A toolkit for schools. American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), Suicide Prevention Resource Center (SPRC), Education Development Center (EDC). Disponible en: *https://sprc.org/wp-content/uploads/2022/12/AfteraSuicideToolkitforSchools-3.pdf*
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2019). Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Santiago: MINSAL. Disponible en: *https://convivenciaparaciudadania.mineduc.cl/wp-content/uploads/2023/04/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf*
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2019). Guía práctica en Salud Mental y prevención de suicidio para estudiantes de educación superior. Disponible en: *https://hdl.handle.net/20.500.12365/17217*

14.PRINCIPIOS PARA LA POSTVENCIÓN EN CONTEXTOS LABORALES

- Aldrich, R. & Cerel, J. (2022). Occupational suicide exposure and impact on mental health: Examining differences across helping professions. Omega, 85(1), 23-37.
- Causer, H., Spiers, J., Efstathiou, N., Aston, S., Chew-Graham, C. A., Gopfert, A., Grayling, K., Maben, J., van Hove, M., & Riley, R. (2022). The Impact of Colleague Suicide and the Current State of Postvention Guidance for Affected Co-Workers: A Critical Integrative Review. International Journal

of Environmental Research and Public Health, 19(18), 11565.

- Kinman, G., & Torry, R. (2021). Developing a suicide postvention framework for staff in primary healthcare. Occupational Medicine, 71(4-5), 171-173.
- Nelson, P., Cordingley, L., Kapur, N., Chew-Graham, C., Shaw, J., Smith, S., McGale, B., & McDonnell, S. (2020). 'We're the first port of call' –Perspectives of ambulance staff on responding to deaths by suicide: A qualitative study. Frontiers in Psychology, 11, 722.

15.PRINCIPIOS PARA LA POSTVENCIÓN EN CONTEXTOS SANITARIOS

- Causer, H., Spiers, J., Efstathiou, N., Aston, S., Chew-Graham, C. A., Gopfert, A., Grayling, K., Maben, J., van Hove, M., & Riley, R. (2022). The Impact of Colleague Suicide and the Current State of Postvention Guidance for Affected Co-Workers: A Critical Integrative Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(18), 11565.
- Castelli-Dransart, D. A. C., Treven, M., Grad, O. T., & Andriessen, K. (2017). Impact of client suicide on health and mental health professionals. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. T. Grad (Eds.), Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support (pp. 245–254). Hogrefe.
- Grad, O. (2012). Guidelines to assist clinical staff after the suicide of a patient. [Descargado en marzo 2023: *https://iasp.info/wp-content/uploads/guidelines_to_assist_clinical_staff_after_suicide_patient_grad.pdf]*
- Jacobson, J. M., Ting, L., Sanders, S., & Harrington, D. (2004). Prevalence of and Reactions to Fatal and Nonfatal Client Suicidal Behavior: A National Study of Mental Health Social Workers. Omega, 49(3), 237-248.
- Leaune, E., Ravella, N., Vieux, M., Poulet, E., Chauliac, N., & Terra, J. L. (2019). Encountering Patient Suicide During Psychiatric Training: An Integrative, Systematic Review. Harvard review of psychiatry, 27(3), 141–149.
- Leaune, E., Cuvillier, B., Vieux, M., Pacaut-Troncin, M., Chalancon, B., Perez, A. F., Haesebaert, J., Chauliac, N., Poulet, E., & Durif-Bruckert, C. (2020). The SUPPORT-S Protocol Study: A Postvention Program for Professionals After Patient or User Suicide. Frontiers in psychology, 11, 805.
- Lyra, R., McKenzie, SK., Every-Palmer, S., Jenkin, G. (2021). Occupational exposure to suicide: A review of research on the experiences of mental health professionals and first responders. PLoS ONE 16(4), e0251038.
- Séguin, M., Bordeleau, V., Drouin, M. S., Castelli-Dransart, D. A., & Giasson, F. (2014). Professionals' reactions following a patient's suicide: review and future investigation. Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research, 18(4), 340-362.
- Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., Takusari, E., Otsuka, K., & Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. BMC psychiatry, 11, 38.

16.¿CÓMO CONSTRUIR UN PROTOCOLO DE POSTVENCIÓN?

- McGill, K., Bhullar, N., Batterham, P. J., Carrandi, A., Wayland, S., & Maple, M. (2022). Key issues, challenges, and preferred supports for those bereaved by suicide: Insights from postvention experts. Death Studies, 47(5), 624–629.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Ginebra: OMS.
- Séguin, M., Roy, F. & Boilar, T. (2019). Programme de postvention: être prêt à agir à la suite d'un suicide. Association québécoise de prévention du suicide (AQPS).

ESTAR

GUÍA DE POSTVENCIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO DE PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES TRAS UNA MUERTE POR SUICIDIO

Esta guía para la postvención del suicidio está diseñada para fortalecer las capacidades profesionales para el acompañamiento efectivo y culturalmente sensible de personas, familias y comunidades tras una muerte por suicidio. El documento integra evidencia actualizada con experiencias nacionales e internacionales, proporcionando herramientas conceptuales y prácticas para el manejo de las dificultades que surgen tras estos eventos.

PROYECTO FONIS SA23I0181