



**Universidad de Oviedo**  
**Centro Internacional de Postgrado**  
**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y**  
**Cuidados Críticos.**

**“EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN  
REALIZADA EN FASE AGUDA EN FAMILIARES DE  
PERSONAS FALLECIDAS POR SUICIDIO”**

**Autor: Adriana Fuentes Mesa**

**Fecha: 04/05/22**

**Trabajo Fin de Máster**





**Universidad de Oviedo**  
**Centro Internacional de Postgrado**  
**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y**  
**Cuidados Críticos.**

**“EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN  
REALIZADA EN FASE AGUDA EN FAMILIARES DE  
PERSONAS FALLECIDAS POR SUICIDIO”**

**Trabajo Fin de Máster**

**Nombre del Autor**

**Nombre del Tutor**

**Nombre del Cotutor**

Adriana Fuentes Mesa

Paula Zurrón Madera

María Pilar Mosteiro Díaz



## MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

PAULA ZURRÓN MADERA, Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo, Enfermera especialista en Salud Mental, Máster en Neuropsicología, Doctorando en el programa de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, Profesora asociada en el Área de Enfermería del Departamento de Medicina, en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo.

MARÍA DEL PILAR MOSTEIRO DÍAZ, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Profesora Titular de Universidad del Departamento de Medicina, Área de Enfermería y Profesora y Coordinadora del Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICA/N:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. ADRIANA FUENTES MESA, titulado “Evaluación de la eficacia de la intervención realizada en fase aguda en familiares de personas fallecidas por suicidio”, realizado bajo la dirección de la Dra. PAULA ZURRÓN MADERA, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 4 de Mayo de 2022.

Vº Bº

Vº Bº

Fdo. PAULA ZURRÓN MADERA  
Director/Tutor del Proyecto

Fdo. MARÍA PILAR MOSTEIRO DÍAZ  
Cotutor del Proyecto

## ÍNDICE

1. Introducción y Justificación.....	1
1.1. Introducción.....	1
1.2. Justificación.....	2
2. Marco teórico.....	4
2.1. Suicidio: definición, factores de riesgo y métodos empleados	4
2.2. Duelo por suicidio.....	8
2.3. Intervenciones en duelo por suicidio.....	12
2.4. Estado actual del tema.....	16
3. Hipótesis y Objetivos.....	19
3.1. Hipótesis	19
3.2. General.....	19
3.3. Específicos.....	19
4. Metodología.....	20
4.1. Diseño del estudio.....	20
4.2. Población de estudio.....	20
4.3. Procedimiento.....	22
4.4. Instrumentos y variables de evaluación.....	29
4.5. Análisis de datos.....	31
4.6. Limitaciones.....	31
4.7. Consideraciones éticas.....	32
5. Difusión de resultados.....	34
6. Referencias bibliográficas.....	35
7. Anexos.....	41

# **1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

## **1.1. INTRODUCCIÓN**

El suicidio es un problema grave de salud pública ya que, las tasas anuales aumentan exponencialmente cada año. Actualmente, 1 de cada 100 muertes ha sido a causa del suicidio. El término suicidio fue descrito por la OMS para intentar unificar el concepto a nivel mundial como la muerte producida como resultado de un acto llevado a cabo por la misma persona, siendo consciente del resultado letal a obtener con el mismo. (1) Existen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de presentar conducta suicida como son la depresión o los antecedentes familiares de suicidio, así como factores protectores que minimizan esta posibilidad como son tener hijos o el apoyo familiar. (2) El conocimiento de estos factores de riesgo es importante en la creación de programas de prevención y detección precoz de la conducta suicida.

Cuando se produce el acto suicida, en muchas ocasiones es la propia familia la que alerta a los equipos sanitarios de emergencias, aunándose de esta manera el shock por la muerte de un ser querido con el de encontrarlo en estos términos. En el caso del suicidio, el duelo por parte de los familiares puede ser traumático ya que, muchas veces presentan sentimientos como la depresión, la ansiedad y la ira, llegando a plantearse el suicidio propio como salida. La culpa es otro sentimiento muy significativo en el duelo por suicidio debido a que los familiares suelen pensar que podrían haber hecho algo por prevenirlo o evitarlo. Por este motivo, es importante escuchar y apoyar a la familia para que puedan llevar un duelo adecuado y puedan superar la situación de manera efectiva. La escucha activa, el respeto de los sentimientos, la orientación hacia recursos de salud mental y la visión

como individuo son claves para conseguir una buena recuperación tras un duelo por suicidio de un ser querido. (3)

La intervención de los servicios de emergencias en estas situaciones se debería centrar en la atención a las familias debido a que ya no se podría hacer nada por salvar la vida del paciente. Establecer un protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos y una adecuada formación a los profesionales de los servicios de emergencias puede ayudar a que los familiares no presenten un duelo complicado post-suicidio. También servirá de ayuda para el propio personal de emergencias ya que, en muchas ocasiones no saben cómo actuar para con los familiares de la persona fallecida por suicidio.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

El duelo por suicidio puede derivar en un duelo complejo para la familia del fallecido si no es tratado adecuadamente en la fase aguda del mismo, más aún cuando son los propios familiares los que encuentran el cuerpo sin vida de la persona que se ha suicidado. El objetivo principal de este proyecto es evaluar la eficacia de la intervención realizada en familiares de personas fallecidas por suicidio en fase aguda en Asturias. En Asturias no existe ningún protocolo por parte del SAMU en relación con el suicidio, ni para la respuesta ante tentativas suicidas ni para la atención a familiares en suicidios consumados. Es por ello, por lo que se propone en este proyecto un protocolo de intervención y recogida de datos de los familiares, para que se lleve a cabo por parte de los servicios de emergencias sanitarias en fase aguda. También se aportarán herramientas útiles para que los familiares, una vez pase la fase de impacto, puedan recurrir a ellas en caso de

necesitarlas. Con esta intervención puesta en marcha se estudiará su eficacia en el desarrollo de un duelo normal o un duelo complicado en los familiares de la persona fallecida por suicidio.

El aumento gradual en el número de suicidios anuales hace que se plantee el suicidio como un problema de salud pública a nivel mundial. Debido a este incremento, el estudio acerca de la prevención y la actuación en tentativas suicidas cobra una importancia aún mayor. Existen diferentes protocolos en prevención del suicidio, pero ninguna intervención con respecto a los familiares en fase aguda. Debido a que el duelo por suicidio es diferente al resto de duelos, deberá tener un abordaje diferente para que no derive en un duelo complicado.

Con este proyecto se pretende evaluar si la intervención en fase aguda ayuda a los familiares a no desarrollar un duelo por suicidio complicado ya que no existen estudios en este campo. Por otro lado, se facilitaría al personal de los servicios de emergencia el correcto abordaje y tratamiento de las familias en los casos de suicidios consumados, mejorando de esta manera la calidad asistencial percibida por los familiares y también, la seguridad que se le proporciona al personal cuando sabe cómo actuar en estas situaciones.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. SUICIDIO: DEFINICIÓN, FACTORES DE RIESGO Y MÉTODOS EMPLEADOS**

El término suicidio fue descrito por la OMS en el año 1976 como *“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando un resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”*. (1) Este término ha ido variando y adaptándose con el paso de los años. De esta manera, el National Institute of Mental Health define como suicidio al fallecimiento producido por un comportamiento autodirigido con el fin de conseguir dicho resultado. El suicidio consumado como tal puede venir precedido de tentativas, lo que se denomina “intento de suicidio” o “intento autolítico”. Estas tentativas son comportamientos autoinfligidos con fines dañinos pero que no dan como resultado la muerte. Por otro lado, se encuentra la ideación suicida, término con el que se denomina a los pensamientos, la planificación o la consideración de realizar actos con fines suicidas. (4)

Históricamente, el suicidio y la consideración social del mismo han ido variando en función de la época. En la cultura greco-romana, se consideraba al acto suicida como un atentado hacia la polis, ya que la privaba de los progresos que el suicida podría haber aportado. Fue en esta época en la que mediante la mitología se comenzó a ligar al suicidio con estados mentales alterados o emociones como la desesperación, considerándolos como atenuantes del delito de autolisis. Durante la Edad Media, el suicidio fue penado por Iglesia y Estado, denigrando al cuerpo del suicida para lograr el aleccionamiento del resto de la población, ya que la Iglesia cristiana consideraba que el acto suicida violaba el mandamiento de no matarás y

que la vida no es propiedad de cada uno, sino de Dios. Con la llegada del Renacimiento, comenzaron los movimientos en los que se consideraba al suicidio como una elección personal y una muestra de la libertad. Fue a partir de este momento cuando se empezó a descriminalizar el suicidio y se empezó a creer en la existencia de motivaciones psicológicas. En la actualidad, se comprende al suicidio como un acto complejo que se debe abordar de manera integral, tanto desde el punto de vista de la salud mental como del entorno social y cultural del individuo. (5)

En el mundo, según la OMS, se suicidan 700000 personas al año, considerándose un problema grave de salud pública prevenible usando las intervenciones oportunas. Estos suicidios consumados fueron el resultado (en la mayoría de los casos) de previas tentativas autolíticas, lo que lleva a considerarlas un factor de riesgo importante. El 77% de las muertes por suicidio se registraron en países con rentas bajas. El suicidio fue la cuarta causa de muerte entre el grupo de edad de 15 a 29 años en el año 2019. (6)

Los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de aparición de conducta suicida se pueden dividir de varias maneras. Una forma es en factores de riesgo modificables e inmodificables. Los primeros comprenden aquellos aspectos que pueden modificarse desde un abordaje clínico como son los trastornos mentales, las dimensiones psicológicas o la salud física del paciente. Los factores de riesgo inmodificables son aquellos que están ligados íntimamente al individuo como son el sexo, la edad, el estado civil, la situación laboral o el entorno social al que pertenece. Otra clasificación que se puede emplear es en factores individuales, que comprenden al individuo en sí mismo, factores familiares y contextuales, que

engloban el ambiente familiar y social del mismo, y otros factores como pueden ser la historia de maltrato o la orientación sexual. Dentro de los factores individuales encontramos la presencia de trastornos mentales. El habitualmente más asociado al suicidio es la depresión mayor ya que aumenta por 20 el riesgo de una conducta suicida frente a una persona sin depresión, estando asociada a entre el 65-90% de los intentos autolíticos y de los suicidios consumados. Otros trastornos que suponen un aumento del riesgo de suicidio son el trastorno bipolar, los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos de personalidad (en concreto el antisocial o el trastorno límite de la personalidad). Por otro lado, los factores psicológicos más significativos en la presencia de conducta suicida son la desesperanza y la rigidez cognitiva. Otro factor de riesgo individual es la edad, ya que se ha demostrado que el rango de edad con mayor tendencia suicida es la edad avanzada, seguida de la adolescencia, siendo la primera la que más mortalidad presenta debido al uso de métodos suicidas más letales. Dentro de los factores de riesgo familiares y contextuales podemos destacar la historia familiar de suicidio, los eventos estresantes como son las pérdidas personales (el divorcio o la muerte de un ser querido), las pérdidas financieras o los problemas legales, y los factores sociofamiliares y ambientales. De estos últimos destacan la soledad o la falta de apoyo familiar, un nivel económico y educativo bajo y el desempeño de trabajos muy estresantes. También existe el efecto “contagio” el cual aumenta el riesgo de conducta suicida al estar expuesto a casos de suicidios cercanos. Este tipo de riesgo se da sobre todo en adolescentes. El grueso de estos factores de riesgo han de ser evaluados por profesionales de la salud, ya que una adecuada evaluación

del riesgo suicida mediante la entrevista clínica y el uso de escalas específicas pueden ayudar a la prevención de la conducta suicida. (2)

Los factores de riesgo pueden variar en función del género del individuo, siendo comunes a ambos géneros el acoso escolar, los malos tratos (en la infancia o en la edad adulta), la ideación suicida o los intentos autolíticos previos, los trastornos mentales, el abuso de sustancias tóxicas como el alcohol o las drogas, y antecedentes familiares de suicidio. Entrando a hablar de los factores de riesgo específicos en el género femenino son la violencia de género, el aborto, relacionado con la incapacidad psicológica o económica para llevar un embarazo, y los problemas en las relaciones interpersonales. Por otra parte, los factores de riesgo específicos del género masculino son el acceso a los medios, el divorcio de los progenitores, vivir en una familia monoparental y la exposición a casos cercanos de suicidio. (7)

También existen factores de riesgo relacionados con la conducta suicida asociados con la tercera edad. Estos factores de riesgo incluyen: la depresión, discapacidad física, trastornos psiquiátricos y la viudedad. Los intentos previos de suicidio y la ideación suicida son considerados factores de riesgo para la tercera edad al mismo nivel que en el resto de las edades. Con respecto al sexo, los hombres tienen una mayor probabilidad de consumir el suicidio que las mujeres. En cuanto a los estresores que pueden provocar la tentativa suicida suelen ser: problemas de salud, duelo por la muerte de un ser querido, divorcio, problemas familiares, aislamiento social, no tener una casa y tener problemas económicos. (8)

Así como existen factores de riesgo para el suicidio, existen factores protectores. La presencia de estos factores es la que minimiza el riesgo de

aparición de la conducta suicida en individuos con factores predisponentes. Estos se clasifican en dos grupos: factores personales, como son la resolución de conflictos, la confianza, la habilidad de relaciones interpersonales, la flexibilidad cognitiva y tener hijos; y los factores sociales, como el apoyo familiar y social, la integración, tener creencias religiosas, espirituales o con valores positivos y el tratamiento integral a largo plazo de las enfermedades mentales, físicas o las adicciones. (4)

Es de gran importancia conocer los métodos de suicidio más empleados para poder crear intervenciones basadas en la prevención. Según la OMS el 20% de los suicidios consumados a nivel mundial se llevan a cabo por la ingestión de tóxicos como los plaguicidas, siendo uno de los principales métodos seguido de el ahorcamiento y el disparo con armas de fuego. (3)

En España, los métodos más usados en suicidios consumados son el ahorcamiento, la precipitación y la intoxicación, siendo las sustancias más usadas en este último, los antidepresivos, las drogas de abuso, las benzodiazepinas, los analgésicos y los antipsicóticos. (9)

## **2.2. DUELO POR SUICIDIO**

El duelo se denomina como un proceso psicológico que se produce tras la muerte de un ser querido. Se generan emociones dolorosas limitadas en el tiempo en respuesta a la necesidad de adaptación a un estado nuevo. Suele tener una evolución adecuada, aunque puede ser dinámico y variar conforme pasa el tiempo. Un duelo “normal” dura hasta entre dos y tres años después del fallecimiento del

ser querido, aunque es siempre una experiencia ligada a cada individuo, por lo que va a ser única y diferente en cada caso. (10)

En el caso de los denominados duelos patológicos o complicados se encuentran diferencias con el duelo normal en cuanto a la intensidad y duración de los sentimientos ligados al duelo o ser incapaz de demostrar signos de luto o de duelo. Los criterios diagnósticos que se emplean para determinar que el duelo es patológico son que se haya experimentado la muerte de alguien cercano en los últimos 12 meses, que se experimenten anhelos intensos e inquietantes por el fallecido, dolor, preocupación por el fallecido o por las circunstancias de la muerte, dificultad de aceptación, sensación de aturdimiento, problemas para recordar al fallecido, tristeza, ira, evitación, dificultades sociales, pensamientos de morir para estar con el difunto, sentimiento de soledad y reacciones desproporcionadas. Todos estos factores se deben medir con instrumentos de medida por parte de profesionales de la salud mental para determinar si se trata de un duelo complicado o hay alguna patología subyacente. (10) Existen factores de riesgo para desembocar en un duelo patológico entre los que se incluyen: la muerte del ser querido en circunstancias traumáticas, el vínculo estrecho con el difunto, dependencia y convivencia con el fallecido, haber presentado duelo patológico en otras ocasiones, no poseer una red de apoyo familiar y social que preste la ayuda necesaria y presentar una nueva situación económica a la que adaptarse. Otros factores que pueden influir son la juventud tanto del fallecido como del familiar, consumo de tóxicos, problemas de autoestima, negación de la pérdida y recuerdo doloroso de la pérdida. Así como existen factores que aumentan el riesgo de presentar un duelo patológico, hay factores protectores como: tener una

personalidad optimista, presentar una red de apoyo familiar y social estable en la que se establecen vínculos de confianza y afectividad, participación en el proceso de muerte del ser querido aportando los cuidados necesarios al final de la vida y la religiosidad puesto que las personas con creencias religiosas más fuertes encuentran un mayor consuelo frente a la pérdida. (11)

El duelo por suicidio puede ser similar al resto de duelos por otro tipo de fallecimiento, con el matiz de que se produce un shock mayor debido a la violencia e imprevisibilidad de la muerte. Algunos sentimientos que pueden aparecer en el duelo por suicidio son el desamparo, la culpa, la vergüenza y la búsqueda de una explicación para el acto suicida. Por este motivo, se considera al duelo por suicidio un factor de riesgo importante para el desarrollo de un duelo patológico, aunque presentando particularidades propias como son el anhelo intenso, la culpa, la ira, los pensamientos recurrentes acerca de la muerte del fallecido y la evitación de circunstancias que evoquen el recuerdo del fallecido. Las personas que presentan duelo por suicidio también tienen más probabilidades de tener ideación o tentativas suicidas, trastornos psiquiátricos, ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y consumo de tóxicos, así como de padecer trastornos en la dieta o relacionados con el físico. (12)

Un término importante a tener en cuenta es el de **supervivientes**. Según Andriessen 2009, se considera **superviviente** a la persona que ha sufrido la pérdida de un ser querido por suicidio y ha experimentado un cambio en su vida producido por este fallecimiento. (13) Teniendo en cuenta esta definición, el duelo por parte de los familiares puede ser más traumático ya que muchas veces se sigue viviendo en el lugar donde se produjo el suicidio y la mayor parte de los familiares

de alguien que se ha suicidado presentan depresión, ansiedad e ira, llegando a plantearse el suicidio propio como salida. La culpa es otro sentimiento muy significativo en el duelo por suicidio ya que, los familiares suelen pensar que deberían haberlo prevenido o haber hecho algo por evitarlo. Por este motivo, es importante el escuchar y apoyar a la familia para que puedan llevar un duelo adecuado y puedan superar la situación de manera efectiva. La escucha activa, el respeto de los sentimientos, la orientación hacia recursos de salud mental y la visión como individuo son claves para conseguir una buena recuperación tras un duelo por suicidio de un ser querido. (3)

En el contexto familiar, la conducta suicida y el suicidio puede suponer un cambio en la dinámica familiar, así como a nivel individual de cada persona perteneciente a la misma. La familia es un grupo dimensional mediante el que cada individuo se desarrolla en función de la identidad y la participación de los demás. Es por ello, por lo que es tan significativo para este colectivo que uno de sus miembros quiera abandonarlo, puesto que, sin este la identidad y las vidas de todos los demás se ven modificadas. El suicidio es afrontado con mucha inquietud por parte de los familiares, ya que surgen dudas acerca de si se hizo algo para alentarlos, no se vieron las señales de alarma y también puede suponer un conflicto religioso y cultural ya que muchas culturas y religiones no aceptan y desprecian el suicidio. Aparecen los sentimientos de culpa, la ansiedad y la depresión como consecuencia de estos pensamientos e inquietudes. Al aparecer estas situaciones, el suicidio se convierte en tema tabú y se evita hablar del mismo, lo que supone que no se aclaren dichos pensamientos y dudas acerca del acto suicida. La familia puede llegar a ver el suicidio como una vergüenza, ya que pueden pensar que la sociedad los juzgue

y los estigmatice por no haberlo evitado. Esto hace que se generen tensiones incluso dentro de la misma familia debido a recriminaciones de los unos a los otros. (14) Este cúmulo de sentimientos y emociones pueden derivar en la aparición de síntomas físicos y psicológicos que se extienden a lo largo del tiempo, más allá incluso del duelo en sí. La depresión, la ansiedad y el estrés se consideran los trastornos psicológicos más frecuentes en familiares de una persona fallecida por suicidio. (15) Es, por tanto, por lo que es importante que exista una atención adecuada a este tipo de personas con duelo por suicidio por parte de los profesionales de la salud, siendo necesaria la reacción de intervenciones para ayudar a llevar el dolor y a evitar las posibles secuelas y dificultades que puedan desarrollarse debido a una mala gestión sanitaria de la situación. La formación adecuada del personal sanitario es imprescindible ya que, ayuda tanto a la familia evitando en gran medida la aparición de un duelo patológico, así como a los propios sanitarios que se sienten más seguros al prestar servicio en este tipo de situaciones. (16) Además, tal como se menciona anteriormente, el apoyo social se ve disminuido cuando no anulado completamente al tratarse de un suicidio. Por este motivo y con el fin de evitar problemas de salud a largo plazo, es importante que el personal sanitario conozca e identifique los problemas que pueden aparecer durante el duelo por suicidio. (15)

### **2.3. INTERVENCIONES EN EL DUELO POR SUICIDIO**

El término posvención se acuñó por Schneidman en 1968 para referirse a las secuelas psicológicas provocadas por el fallecimiento por suicidio de un componente de la familia o del entorno cercano a la misma, y sus necesidades

terapéuticas como consecuencia de dicha muerte. (13) Estas necesidades se tratan con intervenciones que deben incluir una red de apoyos terapéutico y educativo que envuelva el contexto social del superviviente ya que puede influir positivamente en la eficacia del tratamiento. Estas intervenciones deben estar dirigidas por un profesional cualificado que puede hacer uso de manuales para mejorar sus aptitudes. (12) En un estudio de Kovac y Range (2000, citado en Linde et al 2017) se demostró la eficacia de una posvención en personas que estaban en una etapa de duelo por suicidio. La intervención consistía en escribir en un entorno seguro las emociones ligadas a la pérdida del ser querido por suicidio, frente a un grupo de control que escribía sobre temas neutros. Con este estudio se vio que el escribir acerca del suicidio ayudaba a reducir el sufrimiento y el dolor de las personas que experimentaban el duelo por suicidio. (17)

Los Primeros Auxilios Psicológicos están considerados como la primera atención, con evidencia científica demostrada por Beltran EC, que se recibe durante una situación crítica durante las primeras 72 horas. Mediante estos primeros auxilios se evalúa a los afectados y se adaptan al individuo en concreto. Con ello se intenta lograr disminuir el nivel de estrés, ayudar en la adaptación y en el afrontamiento. Para poder prestar estos primeros auxilios se ha de tener una formación previa. (18) También es importante favorecer seguridad y estabilidad física y emocional proporcionando un entorno seguro en el que el afectado se pueda expresar sin problemas, así como, aportar información sobre los hechos veraz de manera empática y de los recursos de ayuda con los que se cuenta. Es esencial transmitir calma, conectar con las redes de apoyo del afectado (otros familiares o entorno social), fomentar la autodeterminación de cada individuo,

dejándoles que tomen decisiones y promulguen sus necesidades. (19) Estas intervenciones deben llevarse a cabo lo antes posible, siendo los de primera elección en el momento de post-impacto, aunque no existe evidencia científica que avale 100% que los Primeros Auxilios Psicológicos ayudan a los afectados a recuperarse mejor que a quien no se le han aplicado. Por otro lado, se pueden seguir aplicando dentro de las primeras 4-6 semanas aunque centrándose más en la parte del afrontamiento y resiliencia. Si ha pasado más tiempo, se considerarán otras técnicas de primera elección. (20) Hay que tener en cuenta que este tipo de técnicas han de ser aplicadas en lugares adecuados donde el afectado se sienta seguro y cómodo ya que, en muchas ocasiones la información y los sentimientos que se van a expresar no van a ser del todo confortables. Esto impone que sean fuera del lugar de impacto. (21)

La atención por parte de los servicios de emergencias cuando se produce una tentativa de suicidio o un suicidio consumado se realiza en un contexto de crisis. Se puede definir crisis como una situación aguda en la que el afectado se encuentra sometido a un estrés elevado y no puede resolverla por sí mismo en ese momento. El individuo experimenta una desigualdad entre el problema y los recursos inmediatos para enfrentarse a él. Las crisis vienen caracterizadas porque las técnicas para enfrentarse a los problemas no son suficientes, son consecuencias de sucesos positivos o negativos, no existe nadie que pueda no padecerlas y están acotadas en el tiempo. Hay diferentes tipos de crisis: las crisis evolutivas, las crisis situacionales y las crisis complejas. Las crisis evolutivas son aquellas a las que se enfrenta el individuo durante el cambio de una etapa a otra de la vida. Estas pueden generar un estrés prolongado en el tiempo, así como una falta de apoyo del entorno.

Las crisis situacionales son las que se producen en un momento determinado y por un evento concreto ligado a la cultura como puede ser el desempleo o un divorcio. La crisis compleja no forma parte de la vida diaria del sujeto por lo que es la más complicada para afrontarla. (22) También se pueden clasificar las crisis en función de la emoción que genera principalmente como son: la tristeza, la autodestrucción, la rabia, la vergüenza y la humillación y el miedo. Cuando se trata de una crisis con predominio de tristeza, esta puede estar provocada por la desconfianza en el mundo o por la autodevaluación del afectado. En el primer caso, la persona que va a actuar deberá centrarse sobre todo en la pérdida que el afectado ha sufrido mientras que en el segundo ha de centrarse sobre todo en la autoestima del paciente. Cuando se presenta la autodestrucción se deberá apoyar la expresión de sentimientos, hablar sobre las consecuencias de un suicidio, buscar el foco, promover los planes a corto plazo y dar apoyo y herramientas de ayuda. Para enfrentarse a sentimientos de rabia, hay que tranquilizar y dirigir al afectado hacia otros sentimientos ocultos tras la rabia. La vergüenza es un sentimiento que puede ser consecuencia de la infravaloración personal por lo que, es importante centrarse en porqué viene dada esa infravaloración y aportar confianza y seguridad. Por último, para poder trabajar con sentimientos de miedo lo primero es aceptarlo y buscar los motivadores del mismo. Una vez realizada la identificación del agente causal se deben conectar y explicar cómo es dicho agente, y proponer posibles alternativas que atenúen el miedo a dicha exposición. (23)

Para poder llevar a cabo una intervención eficaz en momentos de crisis es imprescindible la organización. Para ello se ha de realizar en primera instancia un análisis del suceso desencadenante de la crisis y activar los recursos necesarios

disponibles. A continuación, el afectado puede pasar por diferentes etapas como son la negación, el embotamiento, la sensación de enlentecimiento temporal, hiperactividad, vómitos o hiperventilación. Después de pasar por este estado inicial de shock se producirá la toma de consciencia del hecho y es ahí donde se deben iniciar los primeros auxilios psicológicos anteriormente mencionados. (24) Existe un protocolo que orienta el modo de aplicación de los primeros auxilios psicológicos llamado “ACERCARSE” que está compuesto por 8 etapas secuenciadas. Estas etapas son: el ambiente (en que tiene lugar el suceso), contacto con el afectado, evaluación de lo que necesita, restablecimiento emocional, comprensión del suceso, activar (cómo recuperar el equilibrio), recuperación del funcionamiento y seguimiento tras dicha intervención. Con este protocolo se pretende que la persona vuelva al equilibrio psicológico y físico tras una situación de crisis. A parte de la organización, se ha de tener una serie de habilidades terapéuticas para poder dar unos primeros auxilios psicológicos de calidad. De estas habilidades destacan: la escucha activa, la empatía, la expresión emocional, el acompañamiento, la orientación del razonamiento, el respeto, la espera, la recompensa y la continuidad de cuidados. (25)

#### **2.4. ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

Actualmente las cifras de defunciones por suicidio se han disparado. En España y según el INE, en el año 2020 se notificaron 3941 defunciones por suicidio frente a las 3671 notificadas el año anterior, de las cuales 2930 fueron cometidas por hombres y 1011 por mujeres. Los rangos de edad en los que más casos se reportaron fueron de 30 a 40 años y de 50 a 60. Los métodos más empleados

durante ese año fueron el ahorcamiento, la precipitación desde una gran altura y el envenenamiento con fármacos, drogas o sustancias biológicas. En comparación con el año anterior, en el que se notificaron 3671 muertes por suicidio, la cifra se elevó considerablemente. Hablando concretamente de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, se produjeron 102 muertes por suicidio, convirtiéndose en una de las Comunidades Autónomas con mayor tasa de suicidios junto con Galicia y Canarias. (26) El porcentaje de intentos de suicidios con intoxicaciones medicamentosas atendidos en el Hospital Universitario Central de Asturias durante el año 2015 fue el 16,8% de las urgencias totales atendidas. Es por ello, por lo que el Principado de Asturias creó un protocolo de atención y prevención del suicidio en el año 2018. (27) Este protocolo se centra en la coordinación de diferentes niveles de atención como la Atención Primaria y sus urgencias, las Urgencias Hospitalarias y los Centros de Salud Mental, que atienden tanto en fase aguda como en subaguda a personas con riesgo de suicidio. Este protocolo incluye diferentes algoritmos para ayudar a los profesionales con la identificación, evaluación y derivación de los pacientes con tendencias suicidas a las terapias o servicios útiles. (28)

La situación sanitaria mundial ha cambiado radicalmente desde finales del año 2019 debido a la pandemia producida por el virus SARS-CoV-19. El confinamiento que se llevó a cabo mundialmente durante casi dos meses, el auge del teletrabajo y la restricción de la vida social puede llevar a pensar que los aspectos ligados al suicidio pueden haber variado debido al cambio radical de vida. Síntomas como la ansiedad o la depresión han aumentado debido a la incertidumbre producida por la pandemia y al aislamiento social. Otros aspectos que pueden aumentar el riesgo de suicidio son la preocupación por la economía, por el empleo, no tener el respaldo

de la comunidad o de una religión y no tener un acceso sencillo a las unidades de salud mental. Los confinamientos de las personas positivas en SARS-CoV-19 también suponen un estrés psicológico añadido ya que, producen sentimientos de miedo a la infección, frustración, aburrimiento y una pérdida del control de la situación. Por otro lado, el aislamiento social ha aumentado el consumo de drogas y alcohol. (29) Debido a la asociación de estos hechos con el suicidio, se puede suponer que el incremento en las tasas de suicidio se ha visto promovido por la situación de pandemia, pero esta suposición no está lo suficientemente demostrada con los estudios existentes, lo que significa que se necesitan más estudios para evidenciar si dicha asociación es correcta o no. (30)

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1. HIPÓTESIS**

La puesta en marcha de una intervención por parte de los profesionales de los servicios de emergencias en sujetos cuyo familiar ha fallecido por suicidio en la fase de impacto en el que se encuentra y certifica la muerte, ayudará a los familiares a no presentar un duelo complicado.

#### **3.2. GENERAL**

Evaluar la eficacia de la intervención realizada en fase aguda a familiares de personas fallecidas por suicidio en Asturias.

#### **3.3. ESPECÍFICOS**

- Conocer en qué medida se presenta un duelo patológico aun llevando a cabo la intervención planteada.
- Clasificar posibles factores de riesgo en los individuos que derivan en duelos patológicos a pesar de la intervención.
- Crear un protocolo de actuación que ayude a los profesionales de emergencias a saber cómo actuar con los familiares de personas fallecidas por suicidio.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se realizará un estudio cuasiexperimental, antes-después, longitudinal y prospectivo. Los estudios cuasiexperimentales son un tipo de investigación en la que hay una exposición, en este caso a la intervención en los familiares de fallecidos por suicidio en fase aguda, y una hipótesis, pero no hay un grupo de control como tal.

Lo que se pretende conseguir con este estudio es que la intervención propuesta ayude a los familiares de los fallecidos por suicidio a tener un duelo normal, sin complicaciones y, a la vez, proporcionar a los profesionales de los servicios de emergencias un protocolo para implementar y mejorar el manejo de la situación.

El estudio tendrá una duración de dos años, durante el periodo 2023-2024, y será llevado a cabo por las personas que formen parte de los equipos multidisciplinares de las ambulancias medicalizadas del SAMU Asturias.

### **4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población de estudio son los familiares de las personas fallecidas por suicidio que encuentren el cadáver de forma aguda.

Los criterios de inclusión son: encontrarse en el momento de certificación de la defunción por suicidio en el lugar de los hechos, leer y aceptar el consentimiento informado y acceder a asistir y participar en las sesiones de control del estudio.

Los criterios de exclusión son: no encontrarse en el lugar de los hechos en el momento de certificación de la muerte del fallecido por suicidio y la negación a participar en el estudio o a participar en todas las sesiones de control.

El procedimiento de selección de la muestra será un muestreo no probabilístico, muestreo de conveniencia. Se seleccionarán aquellos sujetos más fácilmente accesibles para el equipo investigador. La selección de la muestra se basará en la captación de datos de los familiares en el momento de fase aguda en el que se certifica la muerte del suicida.

El factor de estudio será la Intervención realizada en familiares de personas fallecidas por suicidio en fase aguda. La variable independiente será el programa de intervención. Se definirá como una variable cualitativa nominal. Como variable dependiente se analizará la eficacia de la intervención, que se definirá como una variable cualitativa nominal a través del resultado de tres medidas de eficacia:

- Evaluación del duelo: mediante el cuestionario: Inventario de duelo complicado (IDC).
- Los criterios para la elaboración de un duelo complicado.
- Inventario Texas Revisado de Duelo.

En el desarrollo de la intervención se tendrán en cuenta factores individuales que hayan podido modificar la respuesta a esta. Por tanto, se medirán las siguientes variables como posibles modificadoras del resultado:

- Variables clínicas (antecedentes de salud mental)
- Variables sociodemográficas (edad, sexo, parentesco, estado civil, situación laboral, nivel de estudios)

- Variables relacionadas con el fallecido (método de suicidio, cómo se encontró el cadáver, antecedentes psiquiátricos del fallecido)

#### **4.3. PROCEDIMIENTO**

En primer lugar, es necesario solicitar permiso tanto al Comité de Ética como a los coordinadores y gerentes del SAMU Asturias para poder comenzar con la intervención.

Previo comienzo del estudio se realizará la distribución de las tareas del equipo investigador y, una vez elaborados los Cuadernos de Recogida de Datos (CRDs) del manual del investigador, se realizarán diferentes sesiones formativas para el personal de los equipos de emergencias, para unificar criterios en la cumplimentación de los CRDs y en la estandarización de las puntuaciones. Todos los datos incluidos en el CRD se detallan en el apartado 5.3. Instrumentos y variables de evaluación. Asimismo, el equipo investigador resolverá, mediante numerosas reuniones presenciales, todas las dudas sobre el estudio al personal de los equipos implicados.

En primer lugar, se ha creado un protocolo ad hoc de intervención para que se lleve a cabo por parte de los profesionales de los servicios de emergencias (Anexo 1). En este protocolo se recogerán datos acerca del familiar que se encuentra en el momento de la certificación de la defunción (edad, sexo, parentesco con el fallecido, teléfono de contacto, emociones y sentimientos experimentados en ese momento), así como del fallecido, como pueden ser antecedentes psiquiátricos y método de suicidio empleado. Una vez recogidos estos datos, se comenzará el protocolo ACERCARSE (25), para prestarle al afectado unos primeros auxilios

psicológicos adecuados. En el protocolo se detalla al profesional que ha de realizar en cada paso de esta actuación, para así facilitar la intervención (Anexo 2). Por último, se ofertarán recursos para la identificación de los signos de un duelo normal y un duelo complicado, y qué hacer en caso de presentar estos últimos. Toda esta información estará incluida en un díptico que el paciente se llevará para poder consultarla en cualquier momento (Anexo 3). También se ofrecen diferentes recursos de apoyo para supervivientes, que ofertan tanto información y orientación como reuniones y grupos de apoyo. Es necesario tener en cuenta que el sujeto se encontrará en una situación de estrés y ansiedad, por lo tanto, el formulario tiene que ser de fácil contestación en este tipo de momentos y que aporte la ayuda que la persona necesita en este momento, no pudiendo ahondar lo suficiente en sentimientos y métodos de afrontamiento. En este formulario también se incluirá cual ha sido la intervención llevada a cabo por los servicios de emergencias, es decir, si el sujeto ha precisado de atención sanitaria con medicación en ese momento o incluso, el traslado a algún servicio de urgencias hospitalario. La captación de sujetos a los que se le aplicará la intervención en fase aguda y con los que se contactará para participar en el estudio, se realizará durante un periodo de tiempo de 6 meses, para poder tener una muestra significativa de la población a estudio. Se realizará un contacto telefónico con los sujetos a los 20 días de la intervención en fase aguda, y se les explicará el estudio que se va a realizar, solicitándose también su consentimiento para participar en el mismo. Una vez la persona haya aceptado se le citará para tener una reunión en persona aproximadamente 1 mes después del momento en el que se produjo el fallecimiento del familiar por suicidio, que se llevará a cabo en un espacio seguro y que pueda

ofrecer privacidad, como puede ser una consulta dedicada exclusivamente para ello. En esta cita se pedirá nuevamente su consentimiento informado, esta vez por escrito (Anexo 9), y se realizará una entrevista mediante la que se conocerá qué tipo de duelo está desarrollando (Anexo 5), con la ayuda de cuestionarios validados para conocer si se trata de un duelo normal o uno patológico (Anexo 6, 7 y 8), y si ha usado alguno de los recursos ofertados por parte de los servicios de emergencia en el momento de impacto, así como el uso de medicación o no. También se recogerán los factores de riesgo y factores protectores que pueden presentar para el desarrollo de un duelo patológico. Por otra parte, se preguntará acerca de la satisfacción obtenida con la atención de estos servicios en la fase aguda. Se ofrecerá apoyo emocional mediante la escucha activa y la realización de esta entrevista en un espacio seguro y privado. En esta reunión se le explicará al sujeto como acceder a los recursos de salud mental o de apoyo para familiares de personas fallecidas por suicidio, como ya se hizo en la fase de impacto. Se hará hincapié en cuándo consultar con un médico o con un profesional de la salud, realizando la derivación y coordinación con los servicios de salud mental en caso de que sea necesario, explicándole los signos o síntomas que pueden aparecer en el duelo normal y en el complicado. Con esto, se pretende mejorar la coordinación entre los recursos de salud mental y de atención primaria.

Durante toda la entrevista se tendrán en cuenta los sentimientos y emociones del participante, respetando su deseo de no contestar y realizando las pausas necesarias. También se realizará una escucha activa y se brindará apoyo emocional. Finalmente, se dará Psicoeducación acerca de las reacciones normales

de duelo e identificación de signos de duelo complicado, usando como material de apoyo un díptico informativo que se llevará el paciente (Anexo 3):

- Identificación de **emociones normales** de duelo como son la depresión, ansiedad, la culpa y la ira, sobre todo en los primeros momentos después del fallecimiento.
- Identificación de **signos de duelo complicado** como son: experimentación de anhelos intensos e inquietantes por el fallecido, dolor, preocupación por el fallecido o por las circunstancias de la muerte, dificultad de aceptación, sensación de aturdimiento, problemas para recordar al fallecido, tristeza, ira, evitación, dificultades sociales, pensamientos de morir para estar con el difunto, sentimiento de soledad y reacciones desproporcionadas. En caso de identificar algunos de estos signos pasado un tiempo desde la muerte acudir a su médico de Atención Primaria para valoración y posible derivación al Servicio de Salud Mental; y/o a la consulta de un psicólogo, preferiblemente especializado en duelo.
- Recursos de apoyo a familiares de personas fallecidas por suicidio:
  - o **APSAS**: asociación sin ánimo de lucro que sensibiliza a la opinión pública sobre el suicidio y presta apoyo a las personas afectadas.
  - o **PAPAGENO**: Plataforma Profesional de Prevención y Posvención de la Conducta Suicida. En esta plataforma se pueden encontrar guías de autoayuda, así como información acerca del duelo por suicidio. También se realizan reuniones de grupos de apoyo para supervivientes por Zoom, ya que es una red de apoyo a nivel estatal.

- **Asociación para la Prevención del Suicidio Abrazos Verdes:** grupo de apoyo mutuo en duelo por suicidio en Asturias.

Para concluir con la entrevista, se le citará para la siguiente a los 3 meses desde el fallecimiento y se insistirá en el uso de los recursos de ayuda con los que cuenta.

La segunda y tercera entrevista se centrarán en el desarrollo del duelo y en el uso de los recursos de ayuda, así como la necesidad de atención por parte de los servicios de urgencias o salud mental, y se realizarán a los 3 y 6 meses después del momento del fallecimiento.

Por último, se realizará un análisis de los datos obtenidos y se valorará si la intervención en fase aguda por parte de los servicios de emergencias ha sido eficaz para evitar el desarrollo del duelo patológico en los familiares de personas fallecidas por suicidio. Para ello se realizará una comparativa con un grupo control al que no se le habrá hecho el protocolo de intervención en fase aguda y, para tener muestras poblacionales similares, se cogerá como grupo de estudio (al que se le aplicará el protocolo) a los familiares atendidos por la UME 4 de Oviedo, y a los atendidos por la UME 5 de Gijón como grupo de control (no se le aplicará el protocolo). Se realizará una comparativa entre ambos grupos, realizándole a ambos las entrevistas y los cuestionarios de valoración del desarrollo del duelo, para concluir si la intervención en fase aguda es eficaz para ayudar en el correcto desarrollo del duelo por suicidio.

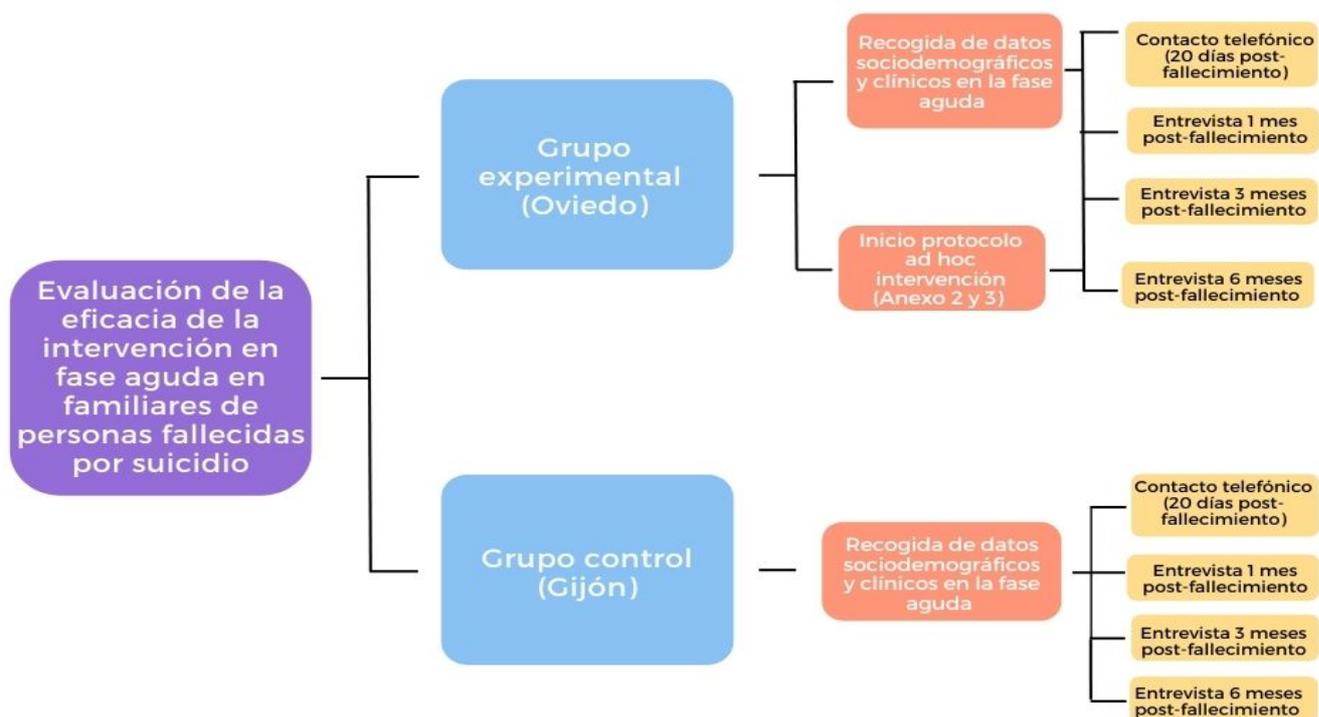


Figura 1: Diagrama de procedimiento.

## CRONOGRAMA

	2023												2024											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								

1. Elaboración del programa protocolizado, específico de intervención de enfermería.

2. Elaboración de los CRDs, del manual del investigador y estandarización de las puntuaciones.

3. Sesiones formativas del equipo investigador para la cumplimentación de los CRDs y la estandarización de las puntuaciones.
4. Presentación del programa de intervención a los centros.
5. Resolución de dudas del proyecto (reuniones con el personal de los centros).
6. Reclutamiento de los pacientes.
7. Cumplimentación de los CRDs.
8. Ejecución del programa protocolizado, específico de intervención enfermera.
9. Evaluación de la eficacia del programa de intervención.
10. Plan de análisis estadístico e interpretación de los datos.
11. Elaboración de manuscritos y presentación en congresos.

#### **4.4. INSTRUMENTOS Y VARIABLES DE EVALUACIÓN**

- Protocolo ad hoc para datos sociodemográficos y clínicos (Anexo 1)
- Instrumento para la evaluación del desarrollo de un duelo complicado: “Inventario de duelo complicado (IDC) adaptado al castellano” (Anexo 4).  
(31) Este cuestionario evalúa el desarrollo del duelo complicado mediante un inventario autoadministrado a completar en 10 minutos. Este cuestionario consta de 19 ítems, que emplean una escala tipo Likert que oscila entre: 0= Nunca, 1= Raras veces, 2= Algunas veces, 3= A menudo, 4= Siempre. Para obtener la puntuación final, se suman los puntos obtenidos en todos los ítems, siendo la puntuación mínima 0, lo que equivaldría a muy poca

probabilidad de padecer un duelo complicado, y 76 la puntuación máxima. A partir de los 25 puntos ya se consideraría que la persona presenta o presentará con un grado alto de probabilidad un duelo patológico.

- Instrumento para evaluar los criterios para la elaboración de un duelo complicado (Anexo 5) (31). Con estos criterios se evalúa si la persona puede ser susceptible de desarrollar un duelo complicado. El cuestionario consta de 4 criterios. El criterio A engloba el estrés por la separación afectiva, el B el causado por el trauma psíquico que supone la muerte, el C se refiere a la duración de estos síntomas, y el D el deterioro que estos síntomas han producido en la vida de la persona en duelo.
- Instrumento para comparar los comportamientos en el momento del fallecimiento y en el momento actual: “Inventario Texas Revisado de Duelo” (Anexo 6) (32). Este cuestionario consta de 21 ítems, con respuestas: 1= Completamente falsa, 2= Falsa en su mayor parte, 3= Ni verdadera ni falsa, 4= Verdadera en su mayor parte, 5= Completamente verdadera. El cuestionario se divide en 8 ítems correspondientes al duelo agudo, en el que se puede obtener una puntuación entre 8 y 40; y 13 ítems que corresponden al duelo actual, cuya puntuación va de 13 a 65 puntos. Las puntuaciones se suman por separado y se obtienen resultados para el duelo agudo y el duelo actual. Con este cuestionario se obtienen cuatro tipos de duelo debido a si puntúa una o ambas partes por encima del percentil 50 (P50): duelo prolongado, por encima de P50 en ambos momentos: duelo resuelto, por encima de P50 en duelo agudo; duelo ausente, por debajo de P50 en ambos momentos; duelo retrasado, por encima de P50 en el momento actual. El

percentil 50 corresponde a más de 16 puntos en el duelo agudo y más de 32 puntos en el duelo actual. (17)

#### **4.5. ANÁLISIS DE DATOS**

Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS para Windows versión 25.0. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, clínicas y de duelo por suicidio (media, desviación típica, mínimo y máximo para las variables cuantitativas y frecuencias, y porcentajes para las variables cualitativas).

Para el análisis estadístico se usó la prueba t de *Student* para las variables cuantitativas. Se estableció un nivel de confianza del 95% y un nivel de significación estadística del 0,05.

#### **4.6. LIMITACIONES**

El error aleatorio de este estudio es cercano a cero puesto que, la muestra escogida puede ser representativa de la población diana, aunque se pueda no conseguir toda la participación de esta.

Existe un sesgo de selección debido a la voluntariedad de la participación en el estudio, aunque la primera fase de la intervención, la que se desarrolla en la fase aguda, se ofrece a todos los sujetos que cumplían los criterios de inclusión susceptibles a ser captados para las siguientes fases. Esta voluntariedad también afecta al grado de participación de los sujetos, ya que los que están dispuestos a participar pueden estar más motivados o llevar un mejor duelo que los que se

nieguen a entrar en el estudio, interfiriendo de esta manera en los posibles resultados a obtener.

#### **4.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Con la puesta en marcha de este estudio se pretende dar el valor necesario a la intervención en familiares de personas que han fallecido por suicidio en fase aguda, para así conseguir que se creen protocolos basados en la evidencia de cómo deben actuar los servicios de emergencias en estas situaciones. Estos protocolos no solo ayudarían a los familiares que reciben esta atención, sino que también proporcionan un mejor manejo de la actuación por parte de los profesionales de emergencias. Por tanto, este estudio aporta una base mediante la que se pretende conseguir una mejoría en el duelo y el manejo de la pérdida, y una mejoría en la calidad de vida.

Se ha tenido en cuenta que los datos obtenidos en cuanto al desarrollo de duelo patológico pueden ser variados, ya que dependen directamente de la situación particular de cada fallecimiento y de su entorno, por lo que el duelo será de diferente desarrollo en cada caso.

Tanto la intervención en fase aguda como las siguientes entrevistas han sido propuestas para intentar amoldarse a la situación del familiar en cada momento, respetando sus deseos y provocando el menor daño y perturbación necesarios.

Se tendrá en cuenta que los sujetos a estudio pueden presentar alteraciones psicológicas que precisen de consulta y tratamiento con la unidad de salud mental correspondiente, por lo que se le derivará a Salud Mental cuando presente signos claros de duelo patológico u otras alteraciones similares.

Para poder llevar a cabo este estudio se pedirá autorización al Comité de Ética del Principado de Asturias. En este estudio se respetarán los principios bioéticos y, asimismo, se garantizará al participante en el estudio la confidencialidad según la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, por lo que todos los participantes en el estudio velarán por respetar el anonimato y la privacidad del participante. Se entregará un documento al participante con toda la información referente a estudio (objetivos, metodología, intervención, posibles beneficios) y se corroborará su correcta comprensión, solicitándoles que firmen dicho documento que será el consentimiento informado. A lo largo del estudio se respetará la voluntariedad de participar, permitiendo el abandono en cualquier momento.

## **5. DIFUSIÓN DE RESULTADOS**

Los resultados de este estudio serán de interés para diferentes poblaciones diana entre las que se incluyen:

- Los familiares de personas fallecidas por suicidio que se encuentren en el momento de la certificación de la defunción en el lugar de los hechos.
- Los familiares y allegados en general de personas fallecidas por suicidio.
- Los sanitarios que trabajen en la atención en emergencias.
- Los profesionales de la salud en general.

Cuando se haya concluido el estudio, se hará una difusión de los resultados de este en publicaciones de la misma índole, para que puedan ser accesibles para toda la comunidad científica. También se realizarán campañas de difusión tanto para centros de Salud Mental como para el SAMU y Atención Primaria, así como para los coordinadores de área y los gerentes de hospitales y centros de salud y asociaciones de prevención del suicidio y apoyo a supervivientes.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bille-Brahe, Unni & World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). Suicidal behaviour in Europe : the situation in the 1990s / by Unni Bille-Brahe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe.
2. Grupo de trabajo de Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalita-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
3. Dutra K, Preis LC, Caetano J, Santos JLGD, Lessa G. Experiencing suicide in the family: from mourning to the quest for overcoming. Rev Bras Enferm. 2018;71(suppl 5):2146-53.
4. Suicide definition NIMH [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>
5. Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio. El suicidio desde la mirada histórica; orígenes del estigma y el tabú [Internet]. 2021 [citado 4 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://papageno.es/el-suicidio-desde-la-mirada-historica>
6. OMS. Suicidio [Internet]. 2021 [citado 28 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

7. Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, Alayo I, Almenara J, Alonso I, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 31 de enero de 2022]; 64(2): 265-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
8. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A et al. Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [Internet] 2021 [citado 5 de marzo de 2022]; 127: 193-211. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0149763421001640?token=31D45A36476BBB8B50088B98B8ACFEEADF8D9770F24565FFB82197ACFDD43C92188FC30FB4F05CC2BC28F0B797BA3AFA&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220305164457>
9. Santurtún M, Santurtún A, Agudo G, Zarrabeitia MT. Método empleado en las muertes por suicidio en España: envenenamiento y agentes violentos no tóxicos. *Cuad. med. forense* [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Mayo 03]; 22( 3-4 ): 73-80. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062016000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062016000200003&lng=es).
10. Barreto P, De la Torre O, Pérez-Marín M. Detección de duelo complicado. *Psicooncología* [Internet]. 11 de enero de 2013 [citado 16 de febrero de 2022];9(2-3):355-68. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/40902>

11. Acinas P. Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. 2011;2:17
12. Andriessen K, Krysinska K, Hill NTM, Reifels L, Robinson J, Reavley N, et al. Effectiveness of interventions for people bereaved through suicide: a systematic review of controlled studies of grief, psychosocial and suicide-related outcomes. BMC Psychiatry. 30 de enero de 2019; 19(1): 49.
13. Andriessen K. Can postvention be prevention? Crisis. 2009; 30(1): 43-7.
14. Garciandía Imaz JA. Familia, suicidio y duelo. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 1 de enero de 2013 [citado 20 de febrero de 2022]; 43: 71-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-familia-suicidio-duelo-S0034745014000109>
15. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological health effects of suicide bereavement on family members? An observational and interview mixed-methods study in Ireland. BMJ Open. 13 de enero de 2018; 8(1).
16. Munera Ramos P. El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de Salud Mental [Tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada; 2013. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58793>
17. Linde K, Tremblay J, Steinig J, Nagl M, Kersting A. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. PloS One. 2017;12(6).
18. Becker IP. ¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos? Centro de crisis de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. [Internet]

- [citado el 1 de marzo de 2022] Disponible en: <http://www.fpv.org.ve/wp-content/uploads/2017/06/que-son-PAP-revisado.pdf>
19. Beltran EC. Objetivos de la aplicación de los Primeros Auxilios Psicológicos. Centro de crisis de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. [Internet] [citado el 1 de marzo de 2022] Disponible en: <http://www.fpv.org.ve/wp-content/uploads/2017/06/que-son-PAP-revisado-2.pdf>
  20. Becker IP. ¿Cuándo y dónde se aplican los Primeros Auxilios Psicológicos? Centro de crisis de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. [Internet] [citado el 1 de marzo de 2022] Disponible en: <http://fpv.org.ve/wp-content/uploads/2017/06/que-son-PAP-revisado-3.pdf>
  21. Álvarez-García DA. Dónde y cómo se aplican los Primeros Auxilios Psicológicos. Centro de crisis de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. [Internet] [citado el 1 de marzo de 2022] Disponible en: <http://www.fpv.org.ve/wp-content/uploads/2017/06/que-son-PAP-revisado-4.pdf>
  22. Pacheco Tabuenca T. Atención psicosocial en emergencias. Madrid: Síntesis; 2012.
  23. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervención en crisis. Proyecto editorial Psicología Clínica. Serie Guías técnicas. Madrid: Editorial Síntesis.
  24. Fernández Millán JM. Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes. Psicología Pirámide. Manuales Prácticos. Madrid: Pirámide; 2013.

25. Martín L, Muñoz M. Primeros Auxilios Psicológicos. Proyecto editorial Psicología Clínica. Serie Guías técnicas. Madrid: Editorial Síntesis.
26. Instituto Nacional de Estadística. Suicidios por edad y sexo. [Internet]. INE. [citado 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=49948>
27. Fernández-Ibáñez A, Ugalde-Herrá R, Rodríguez-Getino JÁ, García Casas JB, Díaz-Suárez JC. Epidemiology of acute poisoning by substances of abuse in the Emergency Department. Descriptive study in District IV of Asturias. Adicciones. 15 de enero de 2021; 33(1): 43-52
28. Grupo multidisciplinar e intervinientes asistenciales del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Consejería de Sanidad. Gobierno del Principado de Asturias. Asturias: Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental -SESPA-; 2018.
29. Hubers A a. M, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, Duijn E van, Mast RC van der, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci [Internet]. abril de 2018 [citado 31 de enero de 2022]; 27(2):186-98. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/epidemiology-and-psychiatric-sciences/article/abs/suicidal-ideation-and-subsequent-completed-suicide-in-both-psychiatric-and-nonpsychiatric-populations-a-metaanalysis/8A1D89690BA4B8A7F3613C5C54429FE6>

30. John A, Eyles E, Webb RT, Okolie C, Schmidt L, Arensman E, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review [Internet] 2021 [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/9-1097>
31. López de Ayala García C, Galea Martín T, Campos Méndez R. Guía clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos [Internet]. Extremadura: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010. [citado 26 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.psicofundacion.es/uploads/pdf/Guia%20clinica%20seguimiento%20del%20duelo.pdf>
32. García García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I. Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. Aten Primaria. 2005; 35(7): 353-8.

## 7. ANEXOS

### Anexo 1: Protocolo ad hoc variables sociodemográficas y clínicas.

**DATOS DEL FAMILIAR DEL FALLECIDO** (rellenar uno por cada persona involucrada):

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Mujer  Hombre

Estado civil:  Soltera/o  Casada/o  Separada/o  Divorciada/o  Viuda/o

Parentesco con el fallecido:  Progenitor  Hermano/a  Cónyuge  Pareja

Hijo/a  Abuelo/a  Nieto/a  Tío/a  Sobrino/a  Otro: \_\_\_\_\_

Situación laboral:  Empleado/a a tiempo completo  Empleado/a a tiempo parcial

Autónomo/a  Desempleado/a  Estudiante

Nivel de estudios:  Superior (universitario o formación de nivel superior)  Medio

(bachillerato o formación de grado medio)  Básico (ESO)  Sin estudios

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Método de suicidio de la persona fallecida:  Intoxicación  Ahorcamiento

Precipitación  Disparo armas de fuego  Otro: \_\_\_\_\_

Cómo encontró al fallecido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes psiquiátricos del fallecido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antecedentes psiquiátricos del familiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emoción expresada en el momento:  Tristeza  Angustia  Preocupación

Ansiedad  Ira  Culpa  Frustración  Apatía  Desinterés  Shock

Vergüenza  Miedo

Atención precisada:  Primeros auxilios psicológicos  Administración oral de farmacoterapia  Administración intramuscular o intravenosa de farmacoterapia

Traslado a servicio de urgencias hospitalario

## **Anexo 2: Protocolo ad hoc de Primeros Auxilios Psicológicos (protocolo ACERCARSE).**

### **PROTOCOLO ACERCARSE:**

- **Ambiente:** contextualización de lo ocurrido y evaluación previa del paciente (nivel de afectación y peligrosidad).
- **Contacto:** iniciar contacto con el afectado. Transmitir cercanía, proximidad física y contacto visual. Establecer una relación y comenzar con las preguntas relacionadas con los hechos para conseguir que la persona ordene lo ocurrido y lo asimile y lo acepte.
- **Evaluación:** evaluar estado emocional, procesamiento de la situación y estilo de afrontamiento, y promover y apoyar el afrontamiento activo. Identificar recursos de apoyo personal.
- **Restablecimiento emocional:** facilitar la expresión emocional usando la escucha activa, escalar sentimientos, relativizar, usar técnicas de respiración, relajación y control de la tensión, y ofrecer disponibilidad y accesibilidad en todo momento.
- **Comprensión de la crisis:** dar información para que la persona comprenda lo ocurrido y los efectos que el estrés pueden provocar físicamente, así como estrategias como la respiración para su afrontamiento.
- **Activar:** orientar a la persona a la acción, estableciendo planes y contratos para cumplir los mismos, para volver a llevar el funcionamiento cotidiano.
- **Recuperación del funcionamiento:** insistir en la necesidad de planificar tareas próximas, en compañía o individualmente. En este punto se evalúa la

necesidad de traslado a un centro hospitalario o derivación a servicios de salud mental.

- **SE**guimiento: plantearle un seguimiento para que se continúe con la atención psicológica por parte del resto de recursos sanitarios.

## Anexo 3: Díptico informativo: emociones en el duelo normal y en el duelo complicado y recursos de ayuda.

### Recursos de ayuda



Web: [www.papageno.es](http://www.papageno.es)

#### Asociación Papageno

Plataforma Profesional de Prevención y Posvención de la Conducta Suicida. En esta plataforma se pueden encontrar guías de autoayuda, así como información acerca del duelo por suicidio. También se realizan reuniones de grupos de apoyo para supervivientes por Zoom, ya que es una red de apoyo a nivel estatal.



Facebook: [@abrazosverdesparati](https://www.facebook.com/abrazosverdesparati)

#### Asociación para la Prevención del Suicidio Abrazos Verdes

Grupo de apoyo mutuo entre familiares en duelo por suicidio en Asturias. Esta asociación ofrece reuniones de apoyo en diferentes zonas de la provincia.

### ¿Es normal lo que siento?

El duelo se define como un proceso psicológico que se produce tras la muerte de un ser querido donde se generan emociones dolorosas limitadas en el tiempo en respuesta a la necesidad de adaptación al nuevo estado.



### Consejos breves de afrontamiento

DORMIR CON UN SUEÑO REPARADOR 



TENER UNA ALIMENTACIÓN DECUADA

MANTENER RELACIONES SOCIALES SANAS



REALIZAR EJERCICIO FÍSICO

RECUPERAR RUTINAS



### ¿Qué signos indican el comienzo de un duelo complicado?

01. Anhelo intenso por el fallecido.
02. Dolor físico y psicológico intenso.
03. Preocupación por el fallecido.
04. Aturdimiento.
05. Dificultad de aceptación.
06. Problemas para recordar al fallecido.
07. Aislamiento social.
08. Pensamientos suicidas.
09. Sentimiento de soledad.
10. Reacciones y emociones desproporcionadas.

En caso de presentar alguno de estos signos pasado un tiempo desde la muerte, debe acudir a su médico de Atención Primaria para valoración y, si precisa, derivación al Servicio de Salud Mental.

#### **Anexo 4: Protocolo ad hoc mes 1 después del fallecimiento.**

Se comenzará recabando información acerca de los factores de riesgo que puede presentar el sujeto para desarrollar un duelo patológico. Preguntas para realizar:

- Vínculo y relación con el fallecido.
- Nivel de dependencia y convivencia con el fallecido.
- ¿Ha presentado un duelo complicado anteriormente?
- ¿Posee apoyo familiar y social?
- ¿Era el fallecido una persona joven?
- ¿Es la persona entrevistada joven?
- ¿Consume tóxicos?
- ¿Tiene problemas de autoestima?
- ¿Niega la pérdida o tiene un recuerdo doloroso de la misma?

Seguidamente, se preguntará por los factores protectores que puede presentar el sujeto:

- ¿Tiene una personalidad optimista?
- ¿Presenta una red de apoyo familiar y social que le preste soporte afectivo?
- ¿Es religioso/a?

A continuación, se pasarán los cuestionarios sobre el duelo patológico (Anexo 6, 7 y 8), mediante los que se recabará información acerca de qué tipo de duelo está desarrollando el sujeto.

Una vez cumplimentados estos cuestionarios, se preguntará acerca del uso de los recursos ofertados en la intervención por parte de los servicios de emergencias durante la fase aguda.

- ¿Ha precisado de atención sanitaria después del fallecimiento de su familiar?  
Y si es así, ¿qué tipo de atención (médico atención primaria, servicios de urgencias, psicólogo)?
- ¿Ha detectado algún signo de duelo complicado?
- ¿Ha precisado de medicación para sobrellevar la pérdida?
- ¿Ha recurrido a asociaciones para supervivientes de muertes por suicidio?
- ¿Le ha servido la ayuda prestada por estas asociaciones?
- ¿Considera que la atención por parte de los servicios de emergencias le ayudó en el momento del fallecimiento de su familiar?
- ¿Cree que dicha atención en el momento agudo le ha servido de ayuda para sobrellevar la pérdida?
- ¿Considera que los recursos ofertados le han ayudado en su proceso de duelo?
- ¿Qué cambiaría o mejoraría de la intervención por parte de los servicios de emergencias?

Durante toda la entrevista se tendrán en cuenta los sentimientos y emociones del participante, respetando su deseo de no contestar y realizando las pausas necesarias. También se realizará una escucha activa y se brindará apoyo emocional. Finalmente, se recalcará la información que puede servirle de ayuda recogida en el díptico del Anexo 2, y en caso de no tener dicho díptico se le entregará nuevamente explicando cada apartado.

## **Anexo 5: Protocolo ad hoc mes 3 y 6 después del fallecimiento.**

La segunda y tercera entrevista se centrarán en el desarrollo del duelo y en el uso de los recursos de ayuda. Es por ello por lo que, se pasarán los cuestionarios sobre el duelo patológico (Anexo 6, 7 y 8), mediante los que se recabará información acerca de qué tipo de duelo está desarrollando el sujeto.

Una vez cumplimentados estos cuestionarios, se preguntará acerca del uso de los recursos ofertados en la intervención por parte de los servicios de emergencias durante la fase aguda.

- ¿Ha precisado de atención sanitaria después del fallecimiento de su familiar?  
Y si es así, ¿qué tipo de atención (médico atención primaria, servicios de urgencias, psicólogo)?
- ¿Ha detectado algún signo de duelo complicado?
- ¿Ha precisado de medicación para sobrellevar la pérdida?
- ¿Ha recurrido a asociaciones para supervivientes de muertes por suicidio?
- ¿Le ha servido la ayuda prestada por estas asociaciones?
- ¿Considera que la atención por parte de los servicios de emergencias le ayudó en el momento del fallecimiento de su familiar?
- ¿Cree que dicha atención en el momento agudo le ha servido de ayuda para sobrellevar la pérdida?
- ¿Considera que los recursos ofertados le han ayudado en su proceso de duelo?
- ¿Qué cambiaría o mejoraría de la intervención por parte de los servicios de emergencias?

Durante toda la entrevista se tendrán en cuenta los sentimientos y emociones del participante, respetando su deseo de no contestar y realizando las pausas necesarias. También se realizará una escucha activa y se brindará apoyo emocional. Finalmente, se recalcará la información que puede servirle de ayuda recogida en el díptico del Anexo 2, y en caso de no tener dicho díptico se le entregará nuevamente explicando cada apartado.

**Anexo 6: Inventario de duelo complicado (IDC) adaptado al castellano.**

	Nunca	Raras veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
1. Pienso tanto en la persona que ha fallecido, que me resulta difícil hacer las cosas como las hacía normalmente.	0	1	2	3	4
2. Los recuerdos de la persona que murió me trastornan.	0	1	2	3	4
3. Siento que no puedo aceptar la muerte de la persona fallecida.	0	1	2	3	4
4. Anhele a la persona que murió.	0	1	2	3	4
5. Me siento atraído por los lugares y las cosas relacionadas con la persona fallecida.	0	1	2	3	4
6. No puedo evitar sentirme enfadado con su muerte.	0	1	2	3	4
7. No me puedo creer que haya sucedido.	0	1	2	3	4
8. Me siento aturdido por lo sucedido.	0	1	2	3	4
9. Desde que él/ella murió, me resulta difícil confiar en la gente.	0	1	2	3	4

10. Desde que él/ella murió, me siento como si hubiera perdido la capacidad de preocuparme de la gente o me siento distante de las personas que me preocupaban.	0	1	2	3	4
11. Me siento solo/a la mayor parte del tiempo desde que él/ella falleció.	0	1	2	3	4
12. Siento dolores en la misma zona del cuerpo o tengo alguno de los síntomas que sufría la persona que murió.	0	1	2	3	4
13. Me tomo la molestia de desviarme de mi camino para evitar los recuerdos de la persona que murió.	0	1	2	3	4
14. Siento que la vida está vacía sin la persona que murió.	0	1	2	3	4
15. Escucho la voz de la persona fallecida hablándome.	0	1	2	3	4
16. Veo a la persona que murió de pie delante de mí.	0	1	2	3	4
17. Siento que es injusto que yo viva mientras que él/ella ha muerto.	0	1	2	3	4

18. Siento amargura por la muerte de esa persona.	0	1	2	3	4
19. Siento envidia de otras personas que no han perdido a nadie cercano.	0	1	2	3	4

López de Ayala C, Galea T, Campos R. Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos. Extremadura: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010.

## **Anexo 7: Criterios de duelo complicado.**

### Criterio A: estrés por la separación afectiva que conlleva la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:

1. Pensamientos intrusivos -que entran en la mente sin control- acerca del fallecido.
2. Añoranza -recordar su ausencia con enorme y profunda tristeza- del fallecido.
3. Búsqueda -aun sabiendo que está muerto- del fallecido.
4. Sentimientos de soledad como resultado del fallecimiento.

### Criterio B: estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.

Presentar, cada día o en grado acusado y como consecuencia del fallecimiento, 4 de los 8 síntomas siguientes:

1. Falta de metas y/o tener la sensación de que todo es inútil respecto al futuro.
2. Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional.
3. Dificultad de aceptar la realidad de la muerte.
4. Sentir que la vida está vacía y/o que no tiene sentido.
5. Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo.
6. Asumir síntomas y/o conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él.
7. Excesiva irritabilidad, amargura y/o enfado en relación con el fallecimiento.
8. Tener alterada la manera de ver e interpretar el mundo.

### Criterio C: cronología.

La duración del trastorno -los síntomas arriba indicados- es de al menos 6 meses.

### Criterio D: deterioro.

El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona en duelo.

López de Ayala C, Galea T, Campos R. Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos. Extremadura: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010.

## **Anexo 8: Inventario Texas Revisado de Duelo.**

Las puntuaciones que corresponden a cada opción de respuesta son:

- Completamente verdadera: 5
- Verdadera en su mayor parte: 4
- Ni verdadera ni falsa: 3
- Falsa en su mayor parte: 2
- Completamente falsa: 1

### Parte 1: Comportamiento en el pasado.

Situarse mentalmente en la época en la que se produjo el fallecimiento y contestar a las cuestiones con una puntuación de 1 a 5.

1. Tras su muerte me costaba relacionarme con algunas personas.
2. Tras su muerte me costaba concentrarme en mi trabajo.
3. Tras su muerte perdí el interés en mi familia, amigos y actividades fuera de casa.
4. Tenía la necesidad de hacer las cosas que él/ella había querido hacer.
5. Después de su muerte estaba más irritable de lo normal.
6. En los tres primeros meses después de su muerte me sentía incapaz de realizar mis actividades habituales.
7. Me sentía furioso/a porque me había abandonado.
8. Tras su muerte me costaba trabajo dormir.

### Parte 2: Sentimientos actuales.

Referidos a los sentimientos que usted tiene en la actualidad y coincidentes con esta evaluación.

1. Todavía tengo ganas de llorar cuando pienso en él/ella.
2. Todavía me pongo triste cuando pienso en él/ella.
3. No puedo aceptar su muerte.
4. A veces la/le echo mucho de menos.
5. Todavía me resulta doloroso traer a la memoria su recuerdo.
6. A menudo me quedo ensimismado pensando en él/ella.
7. Llora a escondidas cuando pienso en él/ella.
8. Nadie podrá ocupar jamás el lugar que él/ella ha dejado en mi vida.
9. No puedo dejar de pensar en él/ella.
10. Creo que no es justo que haya muerto.
11. Las cosas y las personas que me rodean todavía me hacen recordarla/le.
12. Soy incapaz de aceptar su muerte.
13. A veces me invade la necesidad de que él/ella esté conmigo.

García García JA, Landa Petralanda V, Trigueros Manzano MC, Gaminde Inda I.  
Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Aten Primaria*. 2005; 35(7): 353-8.

**Anexo 9: Consentimiento informado.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos del participante), en Oviedo, a \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 202\_, doy mi consentimiento para participar en el  
estudio titulado “*Evaluación de la eficacia de la intervención realizada en familiares  
de personas fallecidas por suicidio en fase aguda en Asturias*” y para que mis datos  
sean estudiados y procesados como refleja este consentimiento.

Afirmo haber leído y comprendido toda la información brindada acerca del  
estudio en cuestión. Asimismo, he sido informado verbalmente y he podido resolver  
mis dudas con el investigador \_\_\_\_\_  
(nombre y apellidos del investigador).

Comprendo la voluntariedad del estudio y, por tanto, mi derecho a poder  
abandonarlo cuando estime oportuno sin tener que dar explicaciones.

Firma del participante

Firma del investigador

## **INFORMACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

### **TÍTULO DEL ESTUDIO:**

“Evaluación de la eficacia de la intervención realizada en familiares de personas fallecidas por suicidio en fase aguda en Asturias”.

### **OBJETIVOS:**

#### **GENERAL**

Evaluar la eficacia de la intervención realizada en fase aguda a familiares de personas fallecidas por suicidio en Asturias.

#### **ESPECÍFICOS**

- Conocer en qué medida se presenta un duelo patológico aun llevando a cabo la intervención planteada.
- Clasificar posibles factores de riesgo en los individuos que derivan en duelos patológicos a pesar de la intervención.
- Crear un protocolo de actuación que ayude a los profesionales de emergencias a saber cómo actuar con los familiares de personas fallecidas por suicidio.

Si usted decide participar en el estudio, se le harán 3 entrevistas en las cuales se evaluará su proceso de duelo y que factores han influido en el mismo. También se evaluará si la intervención realizada en fase aguda ha modificado el desarrollo posterior del duelo. En cada entrevista se le pasaran tres cuestionarios: Inventario de duelo complicado (IDC) adaptado al castellano, Criterios de duelo complicado y el Inventario Texas Revisado de Duelo. También se recabaron durante la fase de

impacto datos sociodemográficos como son: edad, sexo, estado civil, parentesco con el fallecido y situación laboral. Las entrevistas se realizarán al mes, 3 meses y 6 meses desde el fallecimiento y cada una durará el tiempo que se considere oportuno teniendo en cuenta sus necesidades. En este estudio no supone ningún riesgo ni inconveniente para su salud. Por otra parte, aportará una base mediante la que se pretende conseguir una mejoría en el duelo y el manejo de la pérdida, y una mejoría en su calidad de vida.

Los datos recabados serán totalmente confidenciales, asignándole a toda la información un código designado por el investigador, cumpliendo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los resultados obtenidos en este estudio serán publicados en diferentes revistas de interés científico y se divulgarán en centros sanitarios que puedan beneficiarse de dicha intervención. Usted puede tener acceso tanto a dichos resultados como a toda la información recabada en el estudio si así lo desea. Esta información será almacenada y custodiada por el investigador y, una vez finalice el estudio, todos los cuestionarios se destruirán.

Para obtener más información se puede poner en contacto en cualquier momento con la investigadora, Adriana Fuentes Mesa, alumna del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos, con email XXX

Muchas gracias de antemano por su atención y participación.

