



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

El Silencio de los Sobrevivientes de Suicidio: Duelo, Trauma y Postvención

Psicoterapéutica Grupal

María Jimena Charquero Yelpo

Facultad de Psicología, Universidad de la Repùblica

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Tutora: Graciela Loarche Guerra

Revisora: Valeria Piriz

Resumen.....	3
Introducción.....	4
1. Suicidio.....	7
1.1 El Suicidio en el Mundo y en Uruguay.....	7
1.2. Las Medidas Tomadas por el Estado Uruguayo para la Prevención del Suicidio.....	8
1.3 Definiciones y Conceptualizaciones del Suicidio.....	11
1.4 Factores de Riesgo y Factores Protectores.....	12
2. Duelo y Trauma en Sobrevivientes del Suicidio.....	15
2.1 Los Sobrevivientes del Suicidio.....	15
2.2 El Duelo de los Sobrevivientes.....	16
2.3 El Trauma en los Sobrevivientes de Suicidio.....	22
2.4 Dificultades del Proceso del Duelo y del Trauma Asociadas al Campo Social y Vincular...	
25	
3. Postvención, Prevención y Psicoterapia Grupal.....	30
3.1 La Postvención con Sobrevivientes de Suicidio Como Forma de Prevención.....	30
3.2 Psicología Social, Psicoterapia Grupal y Sobrevivientes.....	32
Reflexiones Finales.....	38
Referencias.....	41

Resumen

Esta monografía aborda los efectos que el suicidio como problemática de salud pública en Uruguay genera, con especial foco en el estudio del duelo y el trauma que experimentan los sobrevivientes de suicidio, es decir, aquellos vinculados a la persona fallecida.

Se argumenta que el duelo y el trauma por suicidio poseen una naturaleza singular y compleja, que se distingue de otras pérdidas, por la violencia del acto y por el estigma social producto de las representaciones sociales existentes del suicidio que obligan a una elaboración del duelo solitaria y en silencio.

Para dar voz al fenómeno y su temporalidad, se presentan algunos fragmentos de una entrevista radial realizada a dos sobrevivientes de suicidio. Ellas son sobrevivientes hace 2 y 29 años. Entre otras cosas, en la entrevista narran la persistencia del impacto traumático y los efectos que en ellas el silencio produce.

Frente a esta realidad se justifica que la postvención es una estrategia esencial de prevención para los sobrevivientes. Se sostiene que el dispositivo psicoterapéutico más pertinente es la psicoterapia grupal, porque ofrece un espacio empático para verbalizar el dolor, contrarrestar el silencio, fomentar la resiliencia y el apoyo mutuo.

Palabras clave: Sobrevivientes de suicidio, Representaciones sociales, Postvención, Psicoterapia grupal

Introducción

En la actualidad una de las problemáticas de salud pública más urgentes y complejas es el suicidio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) ha calificado este fenómeno como una tragedia, no solo por la pérdida de vidas, sino también por sus efectos, que trascienden en el tiempo e impactan sobre la familia y el entorno del fallecido.

La situación en Uruguay reviste una particular gravedad. Si bien se registró una leve disminución en la tasa de suicidio en 2024 (21,35 por cada 100.000 habitantes), la tendencia general ha mantenido un ascenso constante desde el año 2000 (Ministerio de Salud Pública, MSP, 2025). Este escenario ha llevado al Estado Uruguayo a tomar medidas orientadas a la prevención.

En este sentido Cerel et al.(2019) con su investigación descubren que por cada suicidio 135 personas se ven afectadas y son sobrevivientes de suicidio.

Es por ello que el propósito central de esta monografía es profundizar en la naturaleza del duelo y el trauma que experimentan los sobrevivientes de suicidio. Estos son definidos como aquellas personas que mantuvieron algún tipo de vínculo, cercanía o implicación con quien ha fallecido por esta causa y experimentan elevados niveles de angustia psicológica, malestar físico y efectos sociales negativos (Olmos, 2023).

Además se señala que la complejidad de este tipo de duelo se ve drásticamente agravada por el factor social, debido a las representaciones sociales y prejuicios en torno a este tipo de muerte. El suicidio ha sido históricamente condenado (Ruiz-Osorio & Lince, 2023) y esta

condena se traslada a los sobrevivientes, quienes son a menudo juzgados y responsabilizados por el hecho. Estas repercusiones tienen una influencia negativa en la elaboración del duelo.

Ante esta realidad, la monografía sostiene la importancia de la postvención como una forma esencial de prevención, con el doble objetivo de mitigar los efectos negativos del suicidio y prevenir la posibilidad de conductas imitativas (Merino Lorente, 2025; MSP, 2007) en aquellos expuestos a la pérdida o a un acontecimiento de este tipo. También se entiende que la psicoterapia grupal es una intervención que contrarresta los efectos del silencio.

La presente monografía se estructura en tres grandes capítulos:

En el Capítulo 1 Suicidio, se proporciona un contexto general de la problemática, incluyendo la definición de suicidio y del intento de autoeliminación, con datos estadísticos mundiales y el panorama actual en Uruguay. Asimismo, se detalla el rol que tomó el Estado Uruguayo en la prevención y se establece el marco conceptual del fenómeno, con el análisis de los factores de riesgo y los factores protectores asociados al suicidio.

El Capítulo 2: Duelo y Trauma en Sobrevivientes del Suicidio se adentra en la experiencia de los sobrevivientes, definiendo el concepto y la particularidad de su proceso de duelo. También se analizan las particularidades traumáticas de la muerte por suicidio y se exploran las dificultades asociadas al campo social y vincular haciendo uso de la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1979). El objetivo es comprender cómo el prejuicio social impacta en el duelo, el trauma y el proceso de elaboración de la pérdida.

Además, se incorporan algunos fragmentos de una entrevista realizada a dos sobrevivientes en el programa radial llamado No toquen nada. Cabe señalar que la presente

monografía es una investigación teórica en la que uno de los objetivos principales es el desarrollo y análisis de las particularidades que enfrentan los sobrevivientes de suicidio en su duelo y trauma, vinculadas no solo al suicidio, sino a las representaciones sociales que de él hay.

Con esta aclaración hecha, se destaca que el material testimonial seleccionado de la entrevista no constituye un estudio de caso exhaustivo, sino que su función es estrictamente ilustrativa y de anclaje fenomenológico.

Respecto a la fundamentación metodológica para la selección de la entrevista y los fragmentos, luego de relevar el material disponible en el contexto local, el criterio fue de máxima exemplificación teórica combinada con la heterogeneidad temporal de las pérdidas.

Estos fragmentos tienen la capacidad de ofrecer expresiones subjetivas representativas de los conceptos abordados. De esta manera, los fragmentos citados son ejemplos paradigmáticos que evidencian la pertinencia y concordancia de las categorías teóricas en la vivencia de las sobrevivientes. Esta diferencia temporal permite contrastar las repercusiones del duelo y del impacto social y emocional, que persiste a pesar del tiempo transcurrido, mas no pretende ser una muestra de análisis de campo.

Finalmente, en el Capítulo 3: Postvención, Prevención y Psicoterapia Grupal se introduce la postvención como un componente esencial para la prevención del suicidio y se justifica la relevancia de la psicoterapia grupal como dispositivo terapéutico privilegiado para la atención de los sobrevivientes en las instituciones de salud.

1. Suicidio

1.1 El Suicidio en el Mundo y en Uruguay

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2025) establece que el origen del suicidio es multicausal, e inciden en él elementos de índole social, cultural, biológicos, psicológicos y ambientales, que se desarrollan y despliegan durante la vida de las personas.

Este fenómeno es clasificado como tragedia ya que afecta a las familias y al entorno del fallecido, desencadena efectos que trascienden en el tiempo (OMS, 2025).

Las cifras que aporta la OMS sobre el suicidio en el mundo son (2025): “Cada año 727000 personas se quitan la vida y muchas más intentan suicidarse” (parr.2).

La misma organización ya en el año 2014 informaba que cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, que otras tantas tienen un intento de autoeliminación (OMS, 2014) y que es la tercera causa de muerte para las personas cuyo rango etario es de 15 a 29 años.

En la actualidad y dirigiendo la mirada a Uruguay, los datos brindados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2025) indican que:

La tasa de suicidio en 2024 fue de 21,35 por cada 100.000 habitantes, lo que representa una leve disminución respecto al pico registrado en 2022 (23,2). Sin embargo, la tendencia general desde el año 2000 continúa en ascenso (parr. 3).

Igual de impactantes son los datos que brindó el Ministerio del Interior sobre las intervenciones realizadas por dicho organismo, producto de las solicitudes de asistencia recibidas, que revelan que cada tres horas alguien intenta quitarse la vida en Uruguay (Tauber, 2025).

Es una problemática que afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque estadísticamente existe una brecha entre ellos. Son los hombres quienes más se quitan la vida y las mujeres

quienes tienen mayores intentos de autoeliminación. Estas cifras se mantienen constantes desde el año 2000 (MSP, 2025).

En relación a la edad, los datos oficiales plantean que el grupo de mayor riesgo es el de los adultos mayores, seguido por adultos jóvenes de 20 a 24 años. Este último grupo registró su pico histórico en 2024 (MSP, 2025).

Por lo mencionado el suicidio es considerado un problema de salud pública frente al que se deben tomar acciones orientadas a la prevención, que implican estrategias integrales y multidisciplinares (OMS, 2025).

1.2. Las Medidas Tomadas por el Estado Uruguayo para la Prevención del Suicidio

El reconocimiento del suicidio como problemática instalada en nuestro país, con efectos negativos duraderos y persistentes en el tiempo, llevó a que el Estado Uruguayo tome medidas para fomentar la prevención, creando guías, capacitaciones y leyes para contrarrestar su impacto e intervenir en la situación.

Para lograrlo, inicialmente se siguieron las recomendaciones de los organismos internacionales y posteriormente se dio paso a la implementación de una serie de medidas que consideraron las necesidades específicas de la población uruguaya y los recursos existentes. El camino fue largo e incluye:

En el 2004, con el decreto Nº 378/004 se creó la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, integrada por delegados del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior y el Ministerio de Desarrollo Social (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2025).

Posteriormente se aprueba la ley Nº 18.097 que declara que a partir del año 2007, todos los 17 de julio son el “Día Nacional para la Prevención del Suicidio”. En el artículo tercero de la

mencionada ley se establece la obligatoriedad de la capacitación del personal de salud (entre otros agentes involucrados) en la atención de aquellos que presenten señales de comportamiento suicida y en el abordaje para el rescate (Uruguay, 2007).

En el año 2011 la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS) diseñó “el Primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay” que destaca dentro su estrategia la asistencia a personas con intento de autoeliminación y sus familiares mediante la atención psicoterapéutica y psicosocial, en consonancia con lo establecido por el decreto N° 305/011 del mismo año.

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud fue incorporado por el Decreto N° 305/011 (2011). En el mismo se establece la atención en grupo bajo tres modalidades. Cada modalidad difiere de la otra por la cantidad de sesiones, existencia o no de copago y la población objetivo. En la modalidad uno están contemplados, entre otros, aquellos que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar por suicidio (Uruguay, 2011).

Las acciones del Estado uruguayo en materia de prevención del suicidio incluyen el “Protocolo de atención y seguimiento a las personas con inteno de autoeliminación en el sistema nacional integrado de salud” (Ministerio de Salud Pública, 2019) y definen la respuesta institucional y sanitaria en el momento de crisis aguda.

No obstante, el presente trabajo opta por delimitar el análisis a la fase de postvención, entendida como la intervención posterior a la crisis y dirigida a los sobrevivientes de suicidio consumado. Por lo tanto, el foco del análisis será sobre la estrategia psicoterapéutica grupal ofrecida para el trauma y el duelo de los sobrevivientes.

Para el año 2017 se crea la Ley de Salud Mental (Nº 19.529) que busca “garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país” (Uruguay, 2017).

El artículo 2 de ésta Ley, expresa que la protección de la salud mental requiere la aplicación de medidas orientadas a la prevención, para así posibilitar el ejercicio de una vida digna a todas las personas. Además, en el artículo 18 se establece el fortalecimiento de “redes territoriales de atención (...) que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental” (Uruguay, 2017).

Posteriormente, la CNHPS evalúa los resultados del primer plan nacional y establece la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para el período 2021-2025, que considera la normativa vigente desde el 2017 por la Ley de Salud Mental (CNHPS, 2021).

A los efectos de este análisis se resaltan los aspectos de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para el período 2021-2025 que contemplan a los sobrevivientes y la postvención (CNHPS, 2021) y son:

- a) El primer objetivo de la nueva estrategia apunta a mejorar la atención, tanto para los usuarios con riesgo de suicidio como para los sobrevivientes, y así brindar asistencia mediante dispositivos psicoterapéuticos, psicosociales y el correspondiente seguimiento. También se establece la agenda prioritaria para aquellos usuarios con riesgo suicida.
- b) El segundo objetivo considera a los grupos como promotores de salud mental y como posibilitadores de la prevención del suicidio. Por ello es que se fomenta fortalecer los grupos integrados por sobrevivientes y orientados a la prevención.
- c) El cuarto objetivo coloca el énfasis en la importancia de la enseñanza en prevención en la formación universitaria de grado y posgrado.

En el año 2022 la ordenanza del MSP N° 315/2022 crea e implementa los Grupos Departamentales de Prevención del Suicidio (GDPS) para impulsar y coordinar las acciones territoriales siguiendo los lineamientos de la CNHPS. Dentro de sus tareas se incluyen acciones territoriales locales vinculadas a la prevención (MSP, 2022).

En la actualidad el MSP (2025) se encuentra evaluando los resultados de la implementación de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025 para desarrollar los lineamientos a seguir de cara a la próxima estrategia para los años 2026-2030.

En este sentido, las autoridades adelantan que dentro de las prioridades estará la inclusión de los sobrevivientes, posibilitando la participación intersectorial. Se puntuiza la evaluación del estado de implementación de los abordajes psicoterapéuticos y psicosociales en el SNIS, para fortalecer la atención de aquellos con conductas suicidas y sus familiares (MSP, 2025).

También se buscará mejorar la información sobre conducta suicida, mediante el desarrollo de guías y se tomarán medidas de seguridad en zonas de riesgo. En relación a los GDPS se buscará fomentar la participación activa de personas sobrevivientes (MSP, 2025).

1.3 Definiciones y Conceptualizaciones del Suicidio

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2014) como un acto intencional que tiene por objetivo quitarse la vida. Lo distingue del intento de suicidio, que implica a todo comportamiento suicida que no logra el cometido, independientemente de la existencia de intencionalidad. Señala las dificultades existentes para la definición en los casos de autolesión por la posible ambivalencia del acto.

La definición que brinda entonces para el intento de autoeliminación es “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones

o auto agresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (Organización Mundial de la Salud, 2014, p.12).

El autor Shneidman (citado por Chávez Hernández & Leenaars, 2010) entiende al suicidio como:

El acto consciente de autoaniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución. Los sociólogos han demostrado que las tasas de suicidio varían de acuerdo con factores como la guerra y el desempleo, los psicoanalistas sostienen que es la ira hacia un ser querido que se dirige hacia dentro, los psiquiatras lo ven como un desequilibrio bioquímico. Ningún método tiene la respuesta: Es todo eso y más (p.358).

Según Durkheim (2008) el suicidio es “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (p. 5).

Además, en relación al comportamiento suicida, el doctor en psicología Villar Cabezas (2022) no solo contempla la ideación suicida en el aspecto pasivo (que implica su deseo) y activo (con la planificación), sino que también incluye como comportamiento suicida a las amenazas suicidas que son expresadas explícitamente, a los gestos suicidas que son actos preparatorios, así como a los intentos mismos de suicidio y a la muerte por suicido.

1.4 Factores de Riesgo y Factores Protectores

En prevención del suicidio se habla de la existencia de factores de riesgo y factores protectores. Identificarlos y considerarlos a la hora de pensar intervenciones de prevención es necesario para mitigar los primeros y potenciar los segundos (OMS, 2014).

Los factores de riesgo son la sumatoria de condiciones que colaboran al desarrollo del acto suicida, ya que aumentan las vulnerabilidades (MSP, 2007).

Además la OMS (2014) reconoce que los factores de riesgo hacen a la multicausalidad del suicidio y como actúan de forma acumulativa, aumentan la vulnerabilidad de las personas.

Asimismo, destaca que los factores protectores son esenciales para la prevención y su fortalecimiento propicia la capacidad de recuperación (OMS, 2014).

La clasificación de los factores de riesgo realizada por la OMS (2014) permite que sean distinguidos como “sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales (conexión social con los familiares más cercanos y con amigos) e individuales” (p.30).

Entre los factores de riesgo sistémicos se destaca: la dificultad para acceder a la atención en los sistemas de salud y en particular a atención en salud mental. También el acceso a las noxas o la proximidad a ellas (OMS, 2014).

Señala la incidencia de las malas prácticas de los medios de comunicación y las redes sociales (TIC) a la hora de comunicar un suicidio (OMS 2014).

Adicionalmente, destaca la influencia negativa que tiene el estigma asociado a la búsqueda de ayuda, que genera vergüenza e impide que el acceso a la ayuda sea oportuno para quienes la necesitan (OMS, 2014).

Los factores de riesgo en la comunidad y las relaciones, se pueden identificar: los desastres naturales, las guerras y conflictos civiles, así como la desconexión y la falta de apoyo social, que genera sentimientos de soledad y desesperanza (OMS, 2014).

La condición de migrante o desplazado puede ser un factor de riesgo comunitario y relacional debido a los cambios culturales y a la pérdida del sentido de pertenencia. Vinculado a

lo mencionado, también repercute negativamente la discriminación, más aún cuando la misma es sostenida históricamente (OMS, 2014).

El trauma psicológico y el abuso también son factores que generan vulnerabilidad, pueden originarse en cualquier etapa de la vida, pero tienen singular relevancia cuando se origina en la niñez o adolescencia pues en estas etapas provoca un efecto acumulativo que aumenta el riesgo (OMS, 2014). Por último, las relaciones conflictivas, violentas y las pérdidas también pueden ser un factor de riesgo que debe ser considerado (OMS, 2014).

En relación a los factores individuales de riesgo la OMS (2014) considera: la existencia de un intento de autoeliminación previo, tener algún trastorno mental, problemas de abuso de alcohol y drogas, el desempleo o pérdidas económicas, el sentimiento de desesperanza con una visión negativa del futuro, la falta de motivación, el dolor o enfermedades crónicas.

También contempla como factor de riesgo el suicidio de un familiar, alguien cercano o miembro de la comunidad (OMS, 2014).

Por último, están los factores genéticos y biológicos que predisponen a comportamientos suicidas (OMS, 2014).

En contraposición a los factores de riesgo están los factores protectores. La OMS (2014) indica que los segundos son fundamentales para la prevención y es pertinente basarse en ellos para potenciarlos y así contrarrestar los factores de riesgo que se hayan identificado en quien solicita asistencia.

Los factores protectores son (OMS, 2014):

1- Las relaciones interpersonales fuertes, ya que favorecen la recuperación individual por el apoyo que brindan en momentos de crisis.

2- Las creencias espirituales, sobre todo en lo que refiere a la comunidad y sentido de pertenencia que producen entre los individuos.

3- Las estrategias personales que se hayan desarrollado para hacer frente a las adversidades de la vida, que tienen que ver con la personalidad, los modos de vida saludables y que hacen al bienestar subjetivo.

2. Duelo y Trauma en Sobrevivientes del Suicidio

2.1 Los Sobrevivientes del Suicidio

Olmos (2023) denomina como sobrevivientes del suicidio a aquellas personas que mantuvieron algún tipo de vínculo, cercanía, implicación psicológica y/o contacto con quien ha fallecido por esta causa. No se trata exclusivamente de familiares o allegados, sino que se incluye en esta categoría a toda persona que, por cualquier motivo, estuvo en contacto con la persona fallecida.

La consecuencia que produce el suicidio en los sobrevivientes es: elevados niveles de angustia psicológica, malestar físico y efectos sociales negativos (Olmos, 2023). En la misma línea López (2021) expresa que la suicidología acuña el término para referirse a aquellos “que le sobreviven a la persona que cometió suicidio” (p.41).

Esta denominación (sobreviviente) es elegida debido al alto nivel de violencia de esta forma de muerte, convirtiéndose en un acontecimiento de magnitud catastrófica y traumática, cuyos efectos son devastadores para los afectados. Así, los recursos particulares de cada sobreviviente se pondrán en juego a la hora de elaborar el duelo y, en consecuencia, será una trayectoria única y singular la que cada sujeto realice (Hein et al., 2020).

Tiene un estatuto de catástrofe porque se entiende al suicidio como una situación anormal y trágica para los sobrevivientes. Situación que en algunos casos abrupta e inesperada, y en otros es precedida de meses de desgaste emocional, psíquico y físico en el intento de evitar el suicidio de la persona (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

Esto implica que los sobrevivientes estén agotados o desgastados por la amenaza, el estado de alerta y de la consecuente adaptación que fue necesaria para intentar evitar el suicidio, o altamente conmocionado por lo imprevisto del acto, presentándose en ellos una vulnerabilidad especial (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

Otra particularidad que según Merino Lorente (2025) pueden presentar los sobrevivientes es, además del dolor profundo y el sufrimiento que provoca este tipo de pérdida, que ellos mismos comiencen a enfrentarse a sus propios pensamientos y conductas suicidas debido a la identificación con el suicida, por lo que cuando ocurre esto, son una población en riesgo.

2.2 El Duelo de los Sobrevivientes

Para Robles y Medina (2008) el duelo es un proceso vital que se desencadena ante la pérdida de un objeto con el cual el sujeto mantenía un vínculo afectivo. Estos autores definen al duelo como “el conjunto de emociones, representaciones mentales y conductas vinculadas con la pérdida afectiva, la frustración o el dolor” (Robles & Medina, 2008, p. 115).

Además, ellos lo caracterizan como un proceso biopsicosocial y distinguen: en el plano biológico las modificaciones cerebrales que alteran el funcionamiento de los neurotransmisores. En el plano psicológico el riesgo de cronificación del sufrimiento cuando no se elabora

adecuadamente el duelo, dando paso al duelo patológico. Por último, en el plano social los vínculos se pueden tensionar y dificultar el proceso de elaboración del duelo (Robles & Medina, 2008).

A su vez, Neimeyer (2002) plantea y reconoce la existencia de una serie de determinantes del duelo, que son causados por la singularidad de cada individuo y que dan dirección al proceso del duelo. Ellos son, por una parte, quién era el fallecido, el tipo de apego que se tiene con él y cómo fue la muerte. Por otra parte, la historia de la persona en duelo, su personalidad, entorno social y otros factores de estrés que puedan estar ocurriendo concomitantemente.

La literatura ha identificado una serie de etapas comunes en los procesos de duelo, que si bien no necesariamente se presentan de manera lineal, suelen aparecer en quienes atraviesan una pérdida significativa. Robles y Medina (2008) las describen de la siguiente manera:

1. Impacto y reacciones iniciales: se caracteriza por el shock emocional ante lo repentino del suceso, acompañado de negación e incredulidad. Esta etapa suele atenuarse con el tiempo a medida que las emociones se verbalizan y se comparte la experiencia con otros.

2. Conciencia de la pérdida y expresión emocional: puede aparecer una gama de emociones como el enojo, el resentimiento y la culpa, que en ocasiones pueden ser dirigidas a terceros y/o a uno mismo. En esta etapa, la contención emocional y el apoyo social son fundamentales.

3. Negociación: esta etapa implica una revisión retrospectiva de los hechos, en la que surgen pensamientos asociados a lo que “se podría haber hecho mejor”. Es una etapa en que frecuentemente aparece la culpa y la percepción de oportunidades perdidas.

4. Depresión y pensamientos intrusivos: cuando se reconoce plenamente la pérdida.

Pueden aparecer sentimientos de abandono, alteraciones del sueño, del apetito y del estado de ánimo, así como recuerdos involuntarios persistentes del ser perdido.

5. Aceptación y elaboración: si bien el dolor persiste, se integra en la vida emocional del sujeto. La reactivación de la tristeza puede ocurrir en momentos puntuales como, por ejemplo, en aniversarios o fechas significativas, pero en general predomina la posibilidad de proyección al futuro.

En la misma dirección, Quagliata (2015) señala que el duelo es un momento de gran carga emocional para la aceptación de la pérdida irreversible. Su función es el restablecimiento del equilibrio psíquico para la reorganización de los límites que permitirán un nuevo orden en la existencia y en las creencias en las que se estructuraba la vida.

En este sentido, la violencia del suicidio trasciende porque el que el agresor es la propia víctima, entonces este acto tiene un efecto igual de violento para la sociedad, el entorno y especialmente en los sobrevivientes (Quagliata, 2015).

El suicidio entendido como una catástrofe extremadamente violenta para los sobrevivientes (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002; Hein et al, 2020; Quagliata, 2015). Esto también tendrá influencia en el duelo, por lo que debe ser considerado como una particularidad, cuyo efecto será la pérdida de la confianza en los vínculos y, por ende en la seguridad, debido a la pérdida de las certezas ya que la muerte de la persona puede ser para algunos casos el desenlace de una situación de tensión prolongada; mientras que para otros casos será una muerte abrupta y sorpresiva (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

Siguiendo la misma línea, en la investigación titulada “El duelo por suicidio: esa larga y peligrosa noche del alma” (Ruiz-Osorio & Lince, 2023) los autores identifican a través del análisis de una serie de libros escritos por sobrevivientes, las particularidades que se presentan en el psiquismo y en el plano emocional de quienes sobreviven al suicida.

Los autores Ruiz-Osorio y Lince (2023) identifican que en los sobrevivientes esta ruptura da lugar a una pérdida de sentido que dificulta la capacidad de poner en palabras lo ocurrido, porque el dolor invade y se instala en el aparato psíquico. Indican que no solo ocurre un cambio en la vivencia de lo temporal, con vacíos en la memoria y lagunas en los acontecimientos posteriores, sino que también es un momento marcado por la lentitud, que no les permite habitar la vida como hasta entonces.

Los autores, al “no-tiempo” que se instala en los sobrevivientes, le suman el enfrentarse al cuerpo sin vida del suicida y la imagen que acompañará por siempre a quien lo ha encontrado (Ruiz-Osorio & Lince, 2023).

Subrayan Ruiz-Osorio y Lince (2023) que es extremadamente violenta la imagen de la escena final del suicida, deja huella no solo en el proceso de duelo y en el fúero íntimo, sino que también en lo social por lo culturalmente establecido en relación al acto suicida, produciendo vergüenza ya que:

El cadáver escenifica esta censura de la cual el doliente no puede sustraerse, pues el suicidio emerge como afrenta, como un impetuoso acto que le humilla y que contraviene designios culturales y sagrados; además, como doliente ha de encarar una sociedad que sospecha de quienes tienen vínculos cercanos al suicida (p.350).

Otro aspecto que destaca Jordan (2017) es que existen cuatro características específicas que hacen a este motivo de duelo diferente de otros y que lo complejiza. Ellos son: la ambigüedad respecto a la voluntad del difunto, la posible prevención de la muerte, el estigma y el trauma producto de la violencia de la muerte autoinfligida.

La OMS (2000) ya había indicado que la forma en que ocurre la muerte incide significativamente en el proceso de duelo. Para el caso de los sobrevivientes de suicidio esta organización alerta que las reacciones suelen ser más intensas e incluye sentimientos de rechazo, abandono, responsabilidad por lo ocurrido y una búsqueda constante de respuestas ante los motivos del suicidio. A esto se suma la vergüenza, que refuerza el aislamiento y dificultan la expresión del dolor.

Otros factores que se agregan y dificultan la elaboración del duelo para los sobrevivientes de suicidio según Hein et al (2020), son: haber sido cuidador/a del fallecido, la existencia de una relación ambivalente, la dependencia emocional, el carácter no natural de la muerte, ya que el suicidio está incluido en las catalogadas muertes violentas, con la particularidad de que la víctima y el victimario son la misma persona .

Robles y Medina (2008) suman a lo anterior el aislamiento social y la ausencia de rituales colectivos que favorezcan la elaboración simbólica de la pérdida. La culpa, frecuente en estos casos, constituye uno de los principales obstáculos para el desarrollo de un duelo sano.

Otro obstáculo para el duelo normal y factor desencadenante de un duelo de riesgo para Neimeyer (2002) es la percepción de la ausencia de respuesta y de apoyo social mientras se atraviesa la crisis.

Actualmente el Manual DSM-5 en su versión revisada (2025), indica que en el trastorno por duelo prolongado el malestar se mantiene por lo menos 12 meses después de la muerte de la persona que era cercana a quien consulta. Produce una angustia persistente, que se manifiesta con problemas en la cotidianeidad de la persona e impide el desarrollo de su vida. Esta respuesta al duelo excede lo aceptado culturalmente o socialmente establecido.

En la misma línea la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11.^a Revisión (2022) define al duelo prolongado como:

Una respuesta de dolor persistente y generalizada caracterizada por la nostalgia por la persona fallecida o preocupación persistente acompañada por un intenso dolor emocional (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para relacionarse con las actividades sociales o de otro tipo). La respuesta de dolor ha persistido durante un período atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente mayor que las normas sociales esperadas, por el contexto cultural y religioso del individuo (...) La alteración provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (Código 6B42).

El duelo es entonces una experiencia vital que da inicio una serie de procesos psicológicos y psicosociales orientados a afrontar la situación y a comenzar la elaboración e integración de la nueva realidad sin la persona que cometió suicidio (Robles & Medina, 2008).

En decir que la elaboración del duelo implica la activación de mecanismos psíquicos orientados a lograr la aceptación de la pérdida y provoca un movimiento interno que se refleja también en el exterior (Robles & Medina, 2008) y para los sobrevivientes de suicidio, por lo expuesto anteriormente, puede verse dificultado.

2.3 El Trauma en los Sobrevivientes de Suicidio

En su investigación, Quagliata (2015) plantea que el trauma psicológico es inseparable del duelo que viven los sobrevivientes de suicidio, sobre todo si el vínculo que se tenía con la persona era significativo y cercano, porque genera mayores sentimientos de culpa.

El trauma es definido por Laplanche y Pontalis (1983) como un suceso repentino y abrupto que es percibido por el sujeto con una intensidad de tal magnitud que no le permite responder de forma adecuada, y por ello genera efectos duraderos o trastornos que afectan al psiquismo. En otras palabras, es un evento que provoca en el sujeto una excitación excesiva, que supera las capacidades del sujeto para controlarlo, elaborarlo e incorporarlo a su experiencia vital, por lo que su capacidad de adaptación se ve afectada una vez finalizado el acontecimiento.

A lo anterior Robles y Medina (2008) agregan que la persistencia del recuerdo del evento traumático también ocurre por la sobreestimulación del aparato psíquico y este exceso se traduce en una imposibilidad de elaboración.

Las características que posee el acontecimiento traumático para Robles y Medina (2008) son:

1.Que su ocurrencia se da en un espacio/tiempo determinado y por lo tanto es cuantificable.

2.Que tiene importancia para los individuos y comunidades que se ven afectados por él, por lo que es subjetivante para estos.

3. Que el significado atribuido al evento es negativo, en el sentido de que estará vinculado a una pérdida, daño y/o ruptura.

Lo que determinará el grado de afectación psíquica, luego de la ocurrencia de un evento traumático, es el nivel de asimilación del mismo (Pérez-Sales, 2006). El potencial traumático del acontecimiento se incrementa cuando el evento ocurre de forma repentina, prolongada, repetitiva o intencional, ya que limita la capacidad de control y de preparación del individuo frente al hecho, lo que dificulta la implementación de estrategias adaptativas (Pérez-Sales, 2006).

En este sentido corresponde destacar lo indicado por Loarche Guerra, Pereira Condinanza y Dutra Shaw (2024). Ellas plantean que frente a eventos críticos hay reacciones emocionales, conductuales, cognitivas y fisiológicas que son esperables que los sujetos presenten y experimenten. Las reacciones pueden manifestarse rápidamente, a las horas o el día posterior de lo ocurrido, pero también con retraso, días o semanas después. Es común que con el paso del tiempo la intensidad de estas reacciones baje y la persona pueda llegar al equilibrio nuevamente. “Lo anormal es el evento extremo y no las reacciones que tienen las personas que lo padecen”(p.8).

Por lo anterior es que los manuales de clasificación diagnóstica proponen que la alteración y los síntomas deben persistir más de un mes desde ocurrido el evento para considerar un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (APA, 2013; OMS, 2019). A continuación se procede con la definiciones propuestas en dichos manuales.

Actualmente la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11.^a Revisión (2022) define al trastorno de estrés postraumático (TEPT) como:

Un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles. Se caracteriza por todo lo siguiente: 1) volver a experimentar el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de vívidos recuerdos intrusivos, flashbacks o pesadillas. La re-vivencia puede ocurrir a través de una o múltiples modalidades sensoriales y típicamente va acompañada de emociones fuertes o abrumadoras, particularmente miedo u horror, y fuertes sensaciones físicas; 2) evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento (s); y 3) percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados. Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes (Código 6B40).

Mientras que en el DSM-5 el criterio que se toma para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post traumático y que aplicaría para los sobrevivientes de suicidio es: cuando se está expuesto a la muerte por haber presenciado el evento ocurrido a otra persona. También puede ser diagnosticado cuando la persona está en conocimiento de un hecho traumático que le ocurrió a alguien cercano, siempre y cuando el suceso haya sido violento (APA, 2013).

De esta forma, la muerte por suicidio es un evento disruptivo en la vida de los sobrevivientes, que genera un quiebre en la trayectoria vital y curso de vida, que altera el equilibrio psíquico, y puede hacer a los sobrevivientes más propensos al trauma (Ruiz-Osorio & Lince, 2023).

2.4 Dificultades del Proceso del Duelo y del Trauma Asociadas al Campo Social y Vincular

Los prejuicios que rodean tanto al suicida como a sus sobrevivientes (y que repercuten de forma negativa en el duelo y trauma de los segundos) pueden analizarse desde la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales de Moscovici.

Moscovici (1979) define la representación social como una forma de conocimiento construida socialmente, compuesta por actitudes, creencias, imágenes y roles en torno a un objeto. Estas representaciones permiten a los individuos comprender y comunicarse en su realidad cotidiana, ya que surgen del intercambio cara a cara y mantienen su vigencia en el circuito social.

Esta teoría, dice Banchs (1986) se enfoca en los contenidos y procesos de elaboración del conocimiento cotidiano, integrando la influencia de factores psicológicos y sociales.

Arnoso y Pérez-Sales (2013) agregan que estas representaciones sociales no solo generan efectos emocionales y cognitivos, sino que también son productoras de conductas y actitudes. Sin embargo, plantean que la postura que adopten los individuos con relación a ellas dependerá de la estructura psicológica, social y del grado de cercanía que se tenga con relación al hecho en cuestión.

En este sentido, Merino Lorente (2025) plantea que la sociedad toda, así como los sobrevivientes, tienen un sistema de creencias o prejuicios que impiden la aceptación de este tipo de muerte y por ello mismo se ve truncada la capacidad para hablar del suicidio, lo que genera conductas evitativas y la imposibilidad de expresar sentimientos. Este ocultamiento repercute negativamente en la elaboración del duelo.

En la entrevista radial realizada a dos sobrevivientes en el programa No toquen nada se puede apreciar la dificultad de la sobreviviente para nombrar la causa de muerte, ya que titubea cuando dice “ Mi caso es... es diferente al hacer tantos años que pasó el ehh... el suicidio de mi hermana” (No toquen nada, 2024, 3 min 41 seg) y “esa carta decía que necesitaban familias de... de... de gente que se... de gente que se suicidó” (No toquen nada, 2024, 4 min 46 seg).

El suicidio ha sido históricamente condenado por la sociedad y derrama sus efectos sobre los sobrevivientes, que son también condenados y responsabilizados por el hecho. Así se genera en ellos desconexión social y el aislamiento como forma de protección o defensa frente a la mirada de los otros, ocurre a veces que también el consuelo es vivido simultáneamente de forma condenatoria (Ruiz-Osorio & Lince, 2023).

A lo mencionado los autores Ruiz-Osorio y Lince (2023) agregan y señalan que aparece una culpa cargada de angustia y auto reproches; vinculado al cuestionamiento moral del rol de la persona en la vida del suicida y de la responsabilidad que se tenía con él. Por ejemplo, si era una figura de cuidado que no supo (o no pudo) identificar las señales, o que a pesar de haber intervenido, no pudo evitar el fatal desenlace. De esta forma los autores muestran que se hace partícipe al sobreviviente del acto cometido por el suicida.

Asimismo, los autores destacan que este pasaje al acto que realiza el suicida interpela moralmente, no sólo a los sobrevivientes sino a la sociedad toda. Desafía las creencias sobre la libertad, la responsabilidad, los cuidados y los deberes; en definitiva, sobre la forma de ser y estar en el mundo y los límites en relación al entendimiento del mundo interior del otro (Ruiz-Osorio & Lince, 2023).

Salmantón Montes de Oca (2022) agrega que el acto suicida pone de manifiesto cómo se entiende socialmente a la muerte y al duelo. Dice que en la actualidad luego de una muerte, el duelo es considerado, y se espera que sea por parte del afectado, un proceso psicológico privado e interno, imperando así la prohibición de hablar y expresar sentimientos asociados. Esto provoca la ausencia del sostén comunitario, que evita hablar tanto de la muerte como de sus efectos, excluyéndolos como parte de la vida.

Como se mencionó, esta situación de silencio se debe a las representaciones sociales en torno a la muerte, a las muertes violentas y específicamente a la muerte por suicidio. Provoca que quienes se ven afectados por este acontecimiento carezcan de un acompañamiento social e institucional adecuado para hacer frente al duelo que sobreviene (Guigou, 2017; Quagliata, 2015). El prejuicio y el tabú en torno al suicidio, genera sesgos negativos, que desencadenan el duelo en soledad para los sobrevivientes (Salmantón Montes de Oca, 2022).

Al respecto, en la entrevista, la sobreviviente cuenta “me pasa que a mi familia le costó tanto, tanto, tanto, el dolor que ellos tienen de no nombrarla, es como que me están ayudando de alguna manera no nombrándola, no hablándome de ella, y es todo lo contrario” (No toquen nada, 2024, 10 min 20 seg).

Pérez Jiménez (2011) citado en Salmantón Montes de Oca (2022) plantea que este silencio social, con su respectivo ocultamiento, se entiende por el rechazo a la muerte. Agrega que el mismo se profundiza en el suicidio, ya que este es un acto extremadamente cuestionador de la existencia y de la vida por parte del individuo que decide poner fin a su vida. Quien se suicida pone en jaque a la sociedad toda, pues decide morir a continuar viviendo de la misma forma y por ello el silencio es “socialmente beneficioso” (p.18).

En la entrevista, la sobreviviente refiere al silencio que mantuvo durante 29 años por el suicidio de su hermana y lo que le genera la posibilidad de finalmente poder hablarlo:

personalmente después de tantos años... a mi me movilizó muchísimo, porque es un tema que no lo...no lo hablaba con nadie en ese último tiempo, si al principio cuando pasó con mi familia pero... el poder escuchar a otras personas que... que hablaron con más naturalidad o que se sintieran libres de poder decir lo que pensaban o lo que sentían... el poder ser escuchada sin que me estuvieran juzgando, siempre digo eso, sin culpa, fue muy importante para mí (No toquen nada, 2024, 5 min 32 seg).

El antropólogo Guigou (2017) plantea el concepto de “situación suicida” (p.215) en la que el suicidio se correspondería a ciertas formas de relaciones sociales y simbólicas que están en interrelación en un momento específico. Aquella afecta a la red vincular de la persona que se suicidó ya que la condena del suicida es trasladada a la red, a los sobrevivientes que quedan marcados y culpabilizados.

De esta forma lo que ocurre es una transferencia del estigma social, que pasa del suicida a los sobrevivientes, sean estos familiares o allegados, y comienza así una “doble pérdida: la del ser querido y la del sostén social” (Hein et al., 2020, p. 155). Esto quiere decir que el efecto de

los prejuicios en torno al suicidio y al suicida es el silencio. Ocurre una transferencia de la condena hacia el sobreviviente, al que no se le preguntará por lo ocurrido ni podrá expresarlo. Así el duelo se vuelve privado, el sufrimiento es secreto, la muerte se oculta por temor a la discriminación, pero también por vergüenza y culpa (Hein et al., 2020).

Sobre esto la sobreviviente menciona “pasas... uno se da cuenta al paso de los años... por un montón de sentimientos... pero la culpa, la mochila que uno lleva en la espalda es tremenda, yo la cargué durante muchísimos, muchísimos años” (No toquen nada, 2024, 6 min 46 seg) y “no hay familiares que no sintamos la culpa, la carga, la estigmatización, eso uno lo siente, yo perdí amigos, yo perdí en el camino muchísimas cosas” (No toquen nada, 2024, 11 min 14 seg).

Arnoso y Pérez-Sales (2013) añaden a la complejidad de las representaciones sociales y del duelo para los sobrevivientes, la existencia de categorías sociales “peligrosas” (p.57) que responsabilizan a los sobrevivientes de lo ocurrido, provocando un distanciamiento entre estos y el resto del entramado social que no ha vivido una pérdida semejante. Nuevamente, el efecto de este peligro percibido es el quiebre en la red de apoyo social.

En su investigación Quagliata (2015) señala que los sobrevivientes asumen una “lucha solitaria” (p.51) que les evitaría la “desinserción social y la exclusión” (p.51) que hablar de lo ocurrido conlleva.

Siguiendo esa premisa Salmantón Montes de Oca (2022) plantea que los sobrevivientes recurren al secreto como defensa frente a la sociedad en un intento por no ser condenados por lo ocurrido. Así el secreto pasa a ser parte del ritual de muerte en torno al suicidio.

Sobre la exclusión, el silencio y el secreto, una de las sobrevivientes en la entrevista cuenta:

A mi me pasó, como les contaba, el primer año yo estuve como en un limbo, porque primero cuando Meli falleció, digo, si bien yo no tengo el recuerdo muy latente porque fue un shock demasiado grande para mí, pero sí recuerdo que en ese momento mi familia no quería hacer un velorio (No toquen nada, 2024, 8 min 00 seg).

Y enseguida agrega:

entonces lo que pasó fue eso, no querían hacer el velorio y yo recuerdo que con la fuerza que me quedaba en ese entonces me negué rotundamente a que eso pasara (...) yo sentía que era ocultarla, como que esto no pasó (No toquen nada, 2024, 8 min 49 seg).

Considerando lo expuesto y siguiendo a los autores Fernandez Liria y Rodriguez Vega (2002) se puede apreciar que los dispositivos y recursos comunitarios que están más o menos presentes y son capaces de acompañar procesos de duelos por otras causas de muerte, se ven alterados y se desmoronan para los sobrevivientes de suicidio, lo que agrega dificultades adicionales bien específicas al duelo que enfrentarán.

3. Postvención, Prevención y Psicoterapia Grupal

3.1 La Postvención con Sobrevivientes de Suicidio Como Forma de Prevención

En 1972 el psicólogo y suicidólogo Shneidman crea el término postvención para nombrar la asistencia brindada a los sobrevivientes de suicidio en su duelo. En la actualidad la postvención es una práctica que intenta mitigar los efectos negativos que provoca el suicidio y

está orientada a acompañar el duelo de los sobrevivientes. Además, es un recurso para prevenir el suicidio de aquellos que estuvieron expuestos, que quizás no están duelando, pero sí experimentan trauma por ello (en Survivors of Suicide Loss Task Force, National Action Alliance for Suicide Prevention, 2015).

Sobre la postvención la OMS (2014) indica que es un componente fundamental para la prevención del suicidio y resalta la necesidad de cuidar a aquellos que están en duelo por una muerte de esta índole.

Cabe agregar que la postvención es entendida, siguiendo las pautas de la OMS (2014), como un tipo de intervención preventiva y selectiva, no solo para acompañar el proceso de duelo, sino también para disminuir la posibilidad de comportamientos que lleven a la imitación.

La vulnerabilidad de los sobrevivientes es considerada por la OMS (2014) como un factor de riesgo que no debe ser desconsiderado, sea el fallecido por suicidio un familiar directo o un miembro de la comunidad. Además, sugiere que este tipo de intervención requiere interdisciplinariedad para su abordaje. En este sentido y para los casos en que sean necesarios, recomienda que la acción debe hacer partícipes a las instituciones educativas, con el trabajo enfocado en la familia y la comunidad.

En nuestro país, el Ministerio de Salud Pública (2007) reconoce que:

La tentativa suicida y/ o su consumación, impacta a corto, mediano y largo plazo sobre el entorno y suele transcurrir sin asistencia adecuada a la familia y allegados (Postvención), lo que sería una medida de primera necesidad para reducir el daño y prevenir la posibilidad de conductas imitativas del entorno (p.2).

3.2 Psicología Social, Psicoterapia Grupal y Sobrevivientes

Moscovici (1981) establece cuatro categorías que son “lo permitido, lo prohibido, lo incluido y lo excluido” (p.96) que producen efectos en la forma de pensar, sentir y actuar de los individuos y en la sociedad. Los sobrevivientes de suicidio, debido a las representaciones sociales existentes, quedan afectados por las categorías de lo prohibido y lo excluido.

Pero también Moscovici (1981) advierte la existencia de los fenómenos de influencia y señala que los grupos no son solo receptores, sino que también tienen potencial creador. Esto ocurre porque los fenómenos de influencia son bidireccionales, hay un intercambio activo que actúa sobre los otros y produce procesos de adaptación, ajuste y cambio. Es por esto que las representaciones sociales no son fijas y tienen el potencial de ser modificadas.

En este sentido, los dispositivos grupales, siguiendo lo planteado por Martín de Lellis (2022), promueven:

El empoderamiento (...) mediante acciones que permitan a la comunidad identificar sus recursos, reconocer y emplear el poder de que dispone o desarrollar nuevas capacidades y medios que permitan robustecer los procesos autogestivos en su interior, lo cual implica no un trabajo hacia ni para, sino con y por la comunidad (p.48).

Es por ello que se reconoce la relevancia que tienen en Uruguay tanto los grupos autogestionados de sobrevivientes, así como las asociaciones civiles y las ONG cuya labor contribuye no solo a dar apoyo a los sobrevivientes, sino que también colaboran activamente para la prevención del suicidio. Sin embargo, y como limitación del análisis efectuado en esta monografía, se optó por delimitar la investigación en la estrategia de postvención a las intervenciones grupales que poseen un encuadre psicoterapéutico profesional y que se desarrollan exclusivamente en instituciones de la salud y es por ello que no se realizó un

relevamiento exhaustivo de dichas iniciativas. La elección metodológica se fundamenta en los beneficios específicos que la estructura de la intervención psicoterapéutica grupal aporta a la postvención y al proceso de duelo, tal como lo respalda la literatura especializada.

De este modo, la participación de los sobrevivientes en grupos psicoterapéuticos permite el intercambio de las vivencias en un entorno empático, que facilita el acceso al proceso de duelo y de aceptación por el intercambio con otras personas que han pasado por lo mismo. Se fomenta la resiliencia necesaria para la elaboración del duelo, en el que uno de los elementos claves es el apoyo mutuo entre los participantes (Merino Lorente, 2025). Y como señala Moscovici (1981):

Así, la minoría, que representa la opinión o el comportamiento reprimido o rechazado, revela en público lo que ha ocurrido en privado; la minoría ejerce siempre un cierto influjo sobre la mayoría y puede incitar a modificar su comportamiento o su actitud, para inducirla a ser más tolerante con lo que antes estaba excluido o prohibido (p.97).

El grupo psicoterapéutico es un espacio que posibilita reflexionar el vínculo con los otros, consecuencia del “emergente social” (p.214) que sus integrantes expresan con su padecer, con su sufrimiento, que deviene de una serie de obstáculos sociales que los exceden y de los que también son parte (Irazábal-Martín, 2022).

Así la participación en acompañamientos psicoterapéuticos grupales para el duelo permite mejorar la sintomatología presente en los sobrevivientes, enriquecer y regenerar las relaciones familiares, sociales y laborales, potenciar las técnicas de afrontamiento para futuros duelos, integrar la pérdida en la trayectoria vital y la verbalización de las emociones y sentimientos que dicha pérdida generó en ellos (Curiel,2010).

Sobre el rol del psicólogo en el acompañamiento de sobrevivientes, López (2021) señala que los psicólogos que formaron parte de su investigación “mencionan que el trabajo con la muerte (acompañamiento y elaboración de duelos) es particularmente diferente a cuando se trata de trabajar con la muerte en el contexto de suicidio” (p.46).

Una de las principales funciones del psicólogo como coordinador del grupo, es la gestión de las tensiones y ansiedades que surgen entre los participantes. Debe hacer que se sostenga en niveles aceptables y tolerables (Irazábal-Martín, 2022). También permite elaborar la ambivalencia de algunos, debido a la presencia de la culpa y del alivio que la muerte provoca (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

El efecto del trabajo grupal liderado por un profesional de la salud mental, al habilitar la circulación de la palabra y las tensiones, quita el estigma para habilitar la integración de este evento traumático en los sobrevivientes. El duelo es legitimado, no hay tabú ni vergüenza y se inicia el cambio en la narrativa de forma personal y colectiva al romper con el silencio y el secreto (Merino Lorente, 2025).

Según Calhoun et al (citado por Merino Lorente, 2025) los encuentros grupales mediados por un psicólogo y abordados multidisciplinariamente, permiten que los sobrevivientes recobren el sentimiento de control sobre sus vidas y generen recursos adaptativos de afrontamiento de la situación.

Además los grupos psicoterapéuticos permiten que los profesionales identifiquen factores de riesgo presentes entre los participantes, pero también los protectores, pudiendo realizar un abordaje colectivo de los mismos (Calhoun et al, citado por Merino Lorente, 2025) en un entorno cuidado que habilita la presencia social de la pérdida (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002).

De la investigación realizada por Arnoso y Pérez-Sales (2013) surge el concepto de “identidad del sobreviviente” (p.64) para hacer referencia a que los sobrevivientes logran construir una nueva identidad individual y social en torno a lo ocurrido. La cercanía entre ellos por compartir una vivencia que a pesar de haber dejado huella profunda y generado un corte abrupto en la trayectoria vital, requiere de ellos la búsqueda de un nuevo sentido para sus vidas.

La asistencia a los sobrevivientes durante el duelo con grupos de postvención y la elaboración del duelo en grupo permite romper con los consensos establecidos a priori y hacerlos visibles, para propiciar la nueva identidad de sobreviviente (Arnoso & Pérez-Sales, 2013) gracias al movimiento subjetivo que realizan. Es un movimiento que los transforma en un grupo de influencia para la sociedad toda (Moscovici, 1981) porque “dan acceso a lo desconocido, a lo original y lo sorprendente” (p.100).

En este mismo sentido se destaca la posibilidad que brindan los dispositivos grupales para abordar los aspectos de la subjetividad que están relacionados con aspectos sociales por la estrecha relación que existe entre ambos (García-Bardón et al., 2022).

Sobre la eficacia del trabajo grupal Niemeyer (2002) hace algunos señalamientos para que ello sea posible. Primero se debe definir el propósito del grupo, considerando que puede evolucionar con el paso del tiempo. También se debe determinar si la cantidad de integrantes es fija o si se pueden sumar más personas.

En relación a los participantes, para él es conveniente que sus integrantes sean todos sobrevivientes y que la pérdida tenga un mínimo de un mes y medio de ocurrida. Además, sobre la preselección dice que el psicólogo debe comprender la expectativa de la persona y calmar los miedos que puedan generarse por la participación en el grupo (Niemeyer, 2002).

Para poder seleccionar a los participantes del grupo y así lograr la homogeneidad entre ellos, puede resultar útil el modelo creado por Cerel et al (citado por Survivors of Suicide Loss Task Force, National Action Alliance for Suicide Prevention, 2015) que clasifica a los sobrevivientes según su grado de exposición. Es una clasificación en cuatro categorías, que se realizó en base a la reacción del sobreviviente a la muerte, y surge a raíz de investigaciones sobre intervenciones grupales y su efectividad. Estas cuatro categorías son:

1- Vulnerable: que incluye a cualquier persona que haya estado en contacto con una muerte por suicidio (por ejemplo un testigo, personal de asistencia en emergencias, etc).

2-Conmovido: se añade a la primera pero en este caso la persona se vió afectada (por ejemplo síntomas de estrés post traumático) y necesita algún tipo de asistencia.

3- Angustiado por suicidio: que incluye a aquellos que están atravesando el duelo “normal” y tenían una relación estrecha con el fallecido.

4- Angustiados por suicidio a largo plazo: son aquellos que presentan grandes dificultades para la elaboración del duelo (un año o más), afectando sus vidas y su cotidianidad.

Advierte la misma necesidad el autor Irazábal-Martín (2022) que además de la “selección cuidadosa” (p.201) de los participantes, entiende pertinente reducir las angustias y ansiedades que puede generar la grupalidad previo al comienzo de la psicoterapia grupal, mediante la “buena información e instrucción y con ello postergar el afrontamiento de las situaciones difíciles para cuando el grupo haya dado sus primeros pasos y esté mejor preparado para sostener la tensión” (p.202).

Esto lo justifica indicando que, una vez que el grupo comienza a trabajar“ las ansiedades propias de cada paciente comienzan desde el primer momento a mezclarse con la tensión grupal” (Irazábal-Martín, 2022, p. 205).

Tanto Curiel (2010) como Fernández Liria y Rodríguez Vega (2002) coinciden en la importancia del establecimiento de los objetivos. Los segundos autores puntualizan que estos objetivos deben ser orientados a que los sobrevivientes tomen conciencia de la muerte, puedan identificar y comunicar sus emociones. Y también den lugar a la pérdida mediante la aceptación, dando paso a la memoria y el recuerdo. Además, tranquilizar sobre lo que es normal que ocurra en el proceso de duelo, así como identificar estilos de afrontamiento y posibles defensas (Fernández Liria y Rodríguez Vega, 2002).

Con respecto al encuadre, resulta interesante el aplicado en el trabajo de García-Bardón et al. (2022) con encuentros un día por semana, de hora y media y bajo la modalidad de grupo semi abierto:

En el que se evalúa la entrada y salida de los pacientes cada tres meses, es decir, cada 12 sesiones se cierra el grupo y se abre otro en el que participarán algunos integrantes que han finalizado y otros nuevos. Es importante señalar que, de este modo, en todos los grupos participan integrantes que ya han realizado psicoterapia con este formato en grupos anteriores (pacientes más experimentados) con pacientes nuevos, que no han realizado psicoterapia (p.222).

Señalan que esta estructura semiabierta es apreciada tanto por los nuevos pacientes como por los viejos. Los primeros indicaron beneficiarse de los aportes de quienes ya formaron parte de un grupo y también se sintieron apoyados por ellos. Los segundos, quienes ya tenían

experiencia previa en grupos, valoran sentirse útiles al ayudar a los nuevos integrantes y lo novedoso que aportan los recién iniciados (García-Bardón et al., 2022).

Sobre el alta, en la investigación mencionada anteriormente, se plantea que es relevante para los pacientes, ya que significa el éxito del proceso mediante el entendimiento del malestar que lo motivó a participar. Además, se hace partícipe al paciente y al grupo de la consideración del fin del tratamiento (García-Bardón et al., 2022).

Reflexiones Finales

Abordar una temática de naturaleza tan compleja requiere sensibilidad y empatía para intentar comprender, sin juzgar moralmente ni culpabilizar a quien está con ideación suicida o ha tenido intentos de autoeliminación para poder realizar prevenciones exitosas (Villar Cabezas, 2022).

El suicidio tiene efectos que perduran el en tiempo (OMS, 2025) para los sobrevivientes. Ellos son muchos si se tienen presentes los datos que aporta Cerel et al.(2019): por cada suicidio 135 personas se ven afectadas y son sobrevivientes de suicidio.

Sobre los factores de riesgo (OMS, 2014) dado que pueden variar entre individuos, es necesario que cada intervención atienda la singularidad de los sujetos. Esto significa que algunos factores pueden ser de riesgo para algunas personas, pero para otros protectores, por lo que es necesario entenderlos en su contexto.

Se puede apreciar que los aspectos vinculares y sociales son grandes factores protectores, aunque también tienen la capacidad de ser grandes factores de riesgo tanto para quienes están atravesando una crisis suicida como para los sobrevivientes (OMS, 2014).

En este sentido, para que lo vincular y social no sean un factor de riesgo, es importante identificar y cambiar las representaciones sociales existentes, que provocan prejuicios y estereotipos relacionados a la prevención del suicidio, al suicidio y a los sobrevivientes.

Es por esto que las medidas adoptadas por los organismos internacionales, por el Estado uruguayo, por las asociaciones civiles, grupos de ayuda autogestionados y las ONG ponen de manifiesto la relevancia que tiene la necesidad de modificar las representaciones sociales vinculadas al suicidio para poder prevenirla. Entre otras cosas, hablar de prevención y visibilizar la problemática, romper con el silencio y poner a disposición de la comunidad información confiable y medios de atención y asistencia pertinente, contribuye a ello.

Las representaciones sociales sobre el suicidio están atravesadas por contextos históricos, políticos, económicos, culturales y científicos, que moldean las imágenes colectivas y condicionan las formas vinculares (Moscovici, 1979). Estas representaciones muchas veces entorpecen los procesos individuales y colectivos de elaboración del duelo, así como la solicitud de asistencia en casos de TEPT (APA, 2013; OMS, 2019).

En este sentido es interesante la investigación que actualmente es llevada adelante por Diego Capuccio con la supervisión de Carolina Guidotti, en nuestra Facultad de Psicología. En ella se busca entender cómo “se piensa y vive socialmente el suicidio en Uruguay” (Facultad de Psicología, 2025).

Sobre la atención en postvención al entenderse también como forma de prevención (MSP, 2007; OMS, 2014), y realizarse con intervenciones psicoterapéuticas clínicas grupales lideradas por profesionales de la salud mental, puede ser capaz no solo de potenciar los factores protectores sino también de identificar las señales de riesgo a tiempo, lo que permite intervenciones específicas diseñadas en consecuencia.

Para hacer frente al silencio, mientras se trabaja en el cambio de las representaciones sociales actuales vinculadas al suicidio que afectan al sosten comunitario (Fernandez Liria y Rodriguez Vega, 2002), es imperativo que los sobrevivientes cuenten con una red de apoyo fuerte que los acompañe en su duelo por ello el grupo psicoterapéutico, es un espacio privilegiado de contención y cambio.

Además, conforme a lo desarrollado a lo largo de la monografía, el grupo psicoterapéutico integrado por sobrevivientes reúne a esta minoría (Moscovici, 1981) afectada por el suicidio en la que no solo se trabajará para elaborar el duelo y/o el trauma, sino que también permite trabajar sobre las representaciones sociales que circulan entre ellos y en la sociedad toda (Irazábal-Martín, 2022).

Cabe señalar que la psicoterapia grupal es un dispositivo que es pertinente considerar para la población en general y, en particular, para los sobrevivientes de suicidio. Este dispositivo psicoterapéutico, que está previsto en El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, incorporado por el Decreto N° 305/011 (2011) permite paliar las dificultades y consecuentes demoras en el acceso a la atención de la salud mental.

Aunque pese a lo mencionado, el creciente aumento de la demanda asistencial y los limitados recursos disponibles en Uruguay, hacen que “la prevención sea un tema postergado en la salud mental” (La Diaria, 2024).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing. Recuperado de
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- American Psychiatric Association. (2025). Updates to DSM-5-TR criteria and text. Recuperado de
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/updates-to-dsm/updates-to-dsm-5-tr-criteria-text>
- Arnoso, M., & Pérez-Sales, P. (2013). Representaciones sociales de la víctima: Entre la inocencia y la militancia política. *Psicoperspectivas*, 12(1), 50–71. Recuperado de
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-69242013000100004&script=sci_abstract
- Banchs, M. A. (1986). Concepto de representaciones sociales: Análisis comparativo. *Revista Costarricense de Psicología*, 8, 27–40.
- 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 and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529–534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
- Chávez Hernández, A. M., & Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355–360. Recuperado de
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3298212>

Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio. (2025). Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio. Ministerio de Educación y Cultura. Recuperado de
<https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/politicas-y-gestion/comision-honoraria-prevencion-del-suicidio>

Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. (2021). Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025. Recuperado de
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documents/publicaciones/MSP_ESTRATEGIA_NACIONAL_PREVENCION_SUICIDIO_2021_2025.pdf

Curiel, J. D. (2010). Psicoterapia grupal en los procesos de duelo patológico. En [Actas del] 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. Recuperado de www.interpsiquis.com

De Lellis, M. (2022). La psicología comunitaria y el ciclo de las políticas públicas. Revista IT: Salud Comunitaria y Sociedad, 9(9). Recuperado de
<https://revistas.udelar.edu.uy/OJS/index.php/revista-it/article/view/941/887>

Drago, H. D. C., Olaya, A. D. B., & Andrade, M. A. C. (2021). El trauma psicológico y las heridas afectivas: Una revisión sobre sus definiciones y abordajes para la clínica psicológica. Revista de Psicología, 11(2), 121–143.

Durkheim, É. (2008). El suicidio. Ediciones Akal.

Facultad de Psicología - Udelar. (2025, 12 de septiembre). Voluntarios/as para investigación sobre suicidio en Uruguay [Publicación de Instagram]. Instagram. Recuperado de
<https://www.instagram.com/psicoudelar/p/DOg107eAZMY/>

Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo en situaciones de catástrofe, guerra o violencia política. Revista de Psicoterapia, 13(49), 95–122. Recuperado de <https://doi.org/10.33898/rdp.v13i49.561>

García-Bardón, V. de F., & Vázquez-Ramo, E. (2022). El encuadre “corredor terapéutico” en psicoterapia grupal operativa: Revisión del concepto y hallazgos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 42(142), 217–234. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000200012>

Guigou, N. (2017). “Suicidio en el Uruguay: la violencia del silencio”. En Guigou, Nicolás. 70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Montevideo: CSIC, pp 211-221. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf>

Hein, P., Larrobla, C., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Caligaris, A., & Torterolo, M. J. (2020). Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay: Estrategias para su comprensión y prevención. Universidad de la República (UDELAR) & Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (GCPSCS).

Irazábal-Martín, E. (2022). Empezar, continuar y terminar: Las etapas de un proceso terapéutico grupal. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 42(142), 197–216. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/s0211-57352022000200011>

Jara, P. O., Orosa, F. J. E., Sales, P. P., Sánchez, M. V., & Val, E. B. (2020). Impacto sobre la visión del mundo, los otros y de sí mismo en supervivientes de catástrofes de la

naturaleza. En Cómo afrontar una catástrofe: Percepción de riesgo y factores psicosociales de la adaptación (pp. 117–136). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Jordan, J. R. (2017). Postvention is prevention—The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), 614–621. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1335544>

La Diaria. (2024, 23 de diciembre). En su balance anual, la comisión de contralor remarcó el incumplimiento de la Ley de Salud Mental. La Diaria. Recuperado de <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2024/12/en-su-balance-anual-la-comision-de-contralor-remarco-el-incumplimiento-de-la-ley-de-salud-mental/>

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1983). Diccionario de psicoanálisis. Labor.

Loarche Guerra, G., Pereira Condinanza, M., & Dutra Shaw, M. V. (2024). Guía rápida sobre primeros auxilios psicológicos. Montevideo, Uruguay: Facultad de Psicología.

López, A. G. (2021). Narrativas del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes a suicidio. *Revista Sul-Americana de Psicología*, 9(2), 37–56. Recuperado de <https://doi.org/10.29344/2318650X.2.3047>

Merino Lorente, S. (2025). El trauma originado por el suicidio en el entorno familiar, comunitario y social. *Clínica Contemporánea*, 15(1), Artículo e1. Recuperado de <https://doi.org/10.5093/cc2025a1>

Ministerio de Salud Pública. (2007). Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. ASSE. Recuperado de

<https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652,70790>

Ministerio de Salud Pública. (2019). Protocolo de Atención de la Urgencia y Emergencia ante Intento de Autoeliminación (IAE). Recuperado de

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Protocolo%20IAE%20.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2022). Ordenanza N° 315/022: Creación de los Grupos

Departamentales de Prevención del Suicidio. Recuperado de

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-31502-2-creacion-grupos-departamentales-prevencion-del-suicidio>

Ministerio de Salud Pública. (2022). Reglamento de funcionamiento de los Grupos

Departamentales de Prevención del Suicidio. Recuperado de

https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_REGLAMENTO_FUNCIONAMIENTO_GDPS.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2025). Suicidios en Uruguay: Nueva orientación de las políticas públicas ante evolución negativa. Recuperado de

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/suicidios-uruguay-nueva-orientacion-politicas-publicas-ante-evolucion>

Ministerio de Salud Pública. (2025). Suicidios en Uruguay. Nueva orientación de las políticas públicas ante evolución negativa. Recuperado de

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/suicidios-uruguay-nueva-orientacion-politicas-publicas-ante-evolucion>

Moscovici, S. (1979). El psicoanálisis, su imagen y su público. Huemul.

Moscovici, S. (1981). Psicología de las minorías activas. Morata S. A.

Neimeyer, R. A. (2002). Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo. Recuperado de

https://centrodocumentacion.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=248-aprender-de-la-perdida-una-guia-para-afrontar-el-duelo&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225

No toquen nada. (2024). Una hermana, una madre y dos historias de suicidio a los 19 años.

Radio Del Sol 99.5. Recuperado de

<https://delsol.uy/notoquennada/entrevistas/una-hermana-una-madre-y-dos-historias-de-suicidio-a-los-19-anos>

Olmos, D. (2023). Orientación psicológica ante el duelo por un suicidio. Desclée de Brouwer

S.A.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Preventing suicide: How to start a survivors' group.

Recuperado de

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67606/WHO_MNH_MBD_00.6.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global.*

Recuperado de <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/prevencion-suicidio-oms.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (11.^a revisión). Recuperado de <https://icd.who.int/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Suicidio. Recuperado de
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Pérez Sales, P. (2006). Trauma, culpa y duelo: Hacia una Psicoterapia integradora (2.^a ed.). Desclée de Brouwer S.A.

Quagliata, S. (2015). Las características del duelo en madres de hijos fallecidos por suicidio: Estudio de casos [Tesis de maestría, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí, Universidad de la República. Recuperado de
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/7570>

Robles, J. I., & Medina, J. L. (2008). Manual de salud mental en desastres. Síntesis.

Ruiz-Osorio, M. A., & Lince, V. E. D.-F. (2023). El duelo por suicidio: Esa larga y peligrosa noche del alma. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 70, Artículo 70. Recuperado de <https://doi.org/10.35575/rvucn.n70a12>

Salmantón Montes de Oca, V. (2022). Suicidio y modernidad: Barreras para el acompañamiento del duelo por suicidio a partir de las representaciones socioculturales de muerte [Tesis de grado, Universidad de la República]. Repositorio Colibrí, Universidad de la República. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/31285>

Survivors of Suicide Loss Task Force, National Action Alliance for Suicide Prevention. (2015). Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. national guidelines.

Recuperado de

<https://sprc.org/resources/responding-grief-trauma-and-distress-after-suicide-us-national-guidelines/>

Tauber, N. (2025). Un intento de suicidio cada tres horas en Uruguay: Reflejo de una crisis en la salud pública. La Diaria. Recuperado de

<https://ladiaria.com.uy/opinion/articulo/2025/3/un-intento-de-suicidio-cada-tres-horas-en-uruguay-reflejo-de-una-crisis-en-la-salud-publica/>

Uruguay. (2011). Decreto N.º 305/011. Inclusión en el Decreto 465/008 de las prestaciones referidas en el "Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud". Recuperado de

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/305-2011>

Uruguay. (2007). Ley N° 18.097. Recuperado de Imprenta Nacional y Oficial (IMPO) Recuperado de <https://impo.com.uy/bases/leyes/18097-2007>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. (2011). Plan nacional de prevención del suicidio para Uruguay 2011-2015: Un compromiso con la vida. Recuperado de

<https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652,76651>

Uruguay. (2017). Ley N.º 19.529 Ley de Salud Mental. Recuperado de Imprenta Nacional y Oficial (IMPO) Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>

Villar Cabezas, F. (2022). Morir antes del suicidio: Prevención en la adolescencia. Herder.

World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization. Recuperado de <https://iris.who.int/handle/10665/131056>