



FACULTADE DE PSICOLOXÍA

Trabajo de Fin de Máster

**Modalidad 1:
Revisión sistemática y propuesta
de intervención**

Autora del TFM

**Suicidio del progenitor y
postvención en
descendientes**

Hadriana Prado Lorenzo

Máster Universitario en Psicología Xeral Sanitaria

Año 2024

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultade de Psicología da Universidade de Santiago de Compostela para la obtención del Máster Universitario en Psicología Xeral Sanitaria

*A todos los descendientes de suicidas,
“Tú **no** podrías haberlo evitado”*



Índice

Resumen.....	6
Resumo	7
Abstract.....	8
Introducción	9
Método	15
Resultados	19
1. Resultados relacionados con la salud mental y el funcionamiento social	20
2. Hallazgos por grupos de edad.....	28
Discusión.....	31
En relación con la salud mental y el funcionamiento social.....	31
En relación con las edades de los descendientes	35
Propuesta aplicada	37
Conclusiones	49
Limitaciones y directrices futuras.....	53
Referencias bibliográficas.....	57
Índice de tablas	65
Índice de figuras.....	67
Anexos	68

Resumen

La experiencia de pérdida por suicidio es un proceso profundamente complejo y doloroso que plantea desafíos únicos para quienes lo experimentan, en términos de procesamiento emocional, adaptación y búsqueda de significado ante la tragedia. Este proceso se torna más difícil cuando la persona que debería cuidar y proteger, de quien dependen los menores, es quien se quita la vida. La presente revisión sistemática se llevó a cabo con el objetivo de elucidar las repercusiones que experimentan los niños/as y adolescentes que enfrentan el suicidio de su padre o de su madre durante estas etapas críticas de sus vidas. En base a los resultados obtenidos, se observa que las investigaciones de los últimos años han abordado primordialmente las consecuencias vinculadas a la aparición de trastornos mentales y comportamientos suicidas. Además, han surgido líneas de investigación tales como el impacto en la delincuencia o las repercusiones en rendimiento y ejecución en las diferentes etapas formativas. Se ha encontrado una mayor gravedad de las secuelas cuando el duelo ocurre en la infancia. Finalmente, se realiza una propuesta de intervención en formato grupal dirigida a los descendientes en duelo, que considera también al progenitor superviviente o familiares acompañantes.

Palabras clave:

Suicidio, sobrevivientes, duelo, postvención, protocolo de intervención.

Número de palabras del trabajo:

14.658

Resumo

A experiencia de perda por suicidio é un proceso profundamente complexo e doloroso que expón desafíos únicos para quen o experimenta, en termos de procesamento emocional, adaptación e procura de significado ante a traxedia. Este proceso tórnase máis difícil cando é a persoa que debería coidar e protexer, de quen dependen os menores, quen se quita a vida. A presente revisión sistemática levouse a cabo co obxectivo de elucidar as repercusións que experimentan os nenos/as e adolescentes que enfrontan o suicidio do seu pai ou da súa nai durante estas etapas críticas das súas vidas. En base aos resultados obtidos, obsérvase que as investigacións dos últimos anos abordaron primordialmente as consecuencias vinculadas á aparición de trastornos mentais e comportamentos suicidas. Ademais, xurdiron liñas de investigación tales como o impacto na delincuencia ou as repercusións no rendemento e execución nas diferentes etapas formativas. Atopouse unha maior gravidade das secuelas cando o dó ocorre na infancia. Finalmente, realízase unha proposta de intervención en formato grupal dirixida aos descendentes en dó, que considera tamén ao proxenitor supérstite ou persoas achegadas.

Palabras clave:

Suicidio, sobreviventes, dó, postvención, protocolo de intervención.

Abstract

The experience of loss due to suicide is a deeply complex and painful process that presents unique challenges for those who undergo it, in terms of emotional processing, adaptation, and the search for meaning in the face of tragedy. This process becomes more difficult when it is the person who should care for and protect you, on whom the minors depend, who takes their own life. The present systematic review was conducted with the aim of elucidating the repercussions experienced by children and adolescents who face the suicide of their father or mother during these critical stages of their lives. Based on the results obtained, it's observed that research in recent years has primarily focused on the consequences related to the onset of mental disorders and suicidal behaviors. Additionally, lines of research have emerged regarding the impact on delinquency and the repercussions on performance and execution in various educational stages. A greater severity of the consequences has been found when grief occurs in childhood. Finally, a group intervention proposal is made for bereaved offspring, which also includes surviving parents or accompanying family members.

Keywords:

Suicide, survivors, bereavement, postvention, intervention protocol

Introducción

La experiencia de pérdida por suicidio es un proceso profundamente complejo y doloroso que impacta a individuos, familias y comunidades de manera significativa. En el contexto de la salud mental y el bienestar psicosocial, el duelo tras la pérdida por suicidio plantea desafíos únicos para quienes lo experimentan. Esta experiencia deja una importante huella emocional y esboza algunas particulares en términos de procesamiento emocional, adaptación y búsqueda de significado ante la tragedia.

El acto de suicidio no solo se limita al evento en sí, sino que involucra varios componentes interrelacionados. Desde una perspectiva emocional, implica la experiencia de un sufrimiento profundo sin percepción de una solución viable. En términos conductuales, conlleva una sensación de falta de herramientas para enfrentar la situación. A nivel cognitivo, se caracteriza por una importante falta de esperanza en relación con el futuro, acompañada por la convicción de que la muerte representa la única alternativa viable (Echeburúa, 2015).

Prevalencia e impacto

Es impactante observar las estadísticas relacionadas con las muertes en conflictos bélicos, que actualmente están muy presentes, así como los datos sobre homicidios. Sin embargo, si combinamos las cifras de ambas situaciones, no se alcanzaría ni siquiera los 700.000, que es el número de suicidios que ocurren cada año en el mundo. En España, diariamente fallecen 11 personas por suicidio, lo que suma un total de 4.097 en 2022, más del doble que las muertes por accidentes de tráfico (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022). En este mismo año y por primera vez desde 2008, el suicidio se convirtió en

la segunda causa de muerte por causas externas, superando a la categoría de ahogamiento, sumersión y sofocación accidental. Las caídas accidentales ocupan el tercer lugar, seguidas por otros tipos de accidentes.

El suicidio sigue siendo un tema tabú, lo que sugiere que, bajo las categorías mencionadas (ahogamiento, sumersión y sofocación accidental) y otras muertes clasificadas como “accidentales”, podrían estar ocultándose suicidios que, por diversas razones, no se clasifican como tal (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2022).

Suicidio y consecuencias en el entorno

Aunque no siempre es el caso, previo al acto del suicidio, la vida de la persona se percibe como insostenible y aproximadamente el 80% de quienes lo llevan a cabo experimentan depresión, acompañada de una intensa desesperanza y, en algunos casos, trastorno bipolar (Echeburúa, 2015). Esto sugiere que la mayoría de las personas que se suicidan han estado enfrentando una situación estresante y negativa durante un tiempo antes de cometerlo. Por tanto, el suicidio es un fenómeno complejo que no solo afecta a la persona que lo comete, sino que también tiene un impacto significativo en sus seres queridos.

A este respecto, detrás de cada persona que comete el suicidio, hay varias que se ven profundamente afectadas por esa pérdida. Estos individuos, conocidos como "supervivientes" o “sobrevivientes” de un suicidio, a menudo experimentan consecuencias psicológicas y sociales graves y prolongadas como resultado de esa experiencia. Este impacto puede incluir un mayor riesgo de desarrollar pensamientos o comportamientos suicidas. Aunque todavía no se ha llegado a un acuerdo sobre una definición de “sobrevivientes”, los aspectos comunes de las distintas propuestas se centran en el hecho de que existía una relación entre el fallecido y la persona en duelo, en que la relación era cercana y/o en cómo impacta la pérdida en la persona en duelo (Andriessen y Kryszynska, 2012).

En la literatura se describen distintas reacciones entre los seres queridos que han sufrido una pérdida de este tipo, siendo muy frecuentes los sentimientos de abandono, rechazo y de “formar parte de la decisión” de suicidarse. Además, durante el proceso de duelo, la persona puede experimentar una variedad de emociones, como conmoción, tristeza, vergüenza, ira y/o

alivio, mientras intenta lidiar con la pérdida. Este proceso puede ser largo y doloroso (Andriessen et al., 2017).

Se ha realizado un estudio (Berman, 2011) en el que se preguntaba por una estimación del número de personas directamente afectadas por una muerte por suicidio, en función de la relación e interacción que tenían con el fallecido. En concreto, respondieron a la encuesta miembros de grupos de apoyo para sobrevivientes y de la *Survivor Division of the American Association of Suicidology* (N=145) que también se identificaron como sobrevivientes de un suicidio. Se observó que, los padres que perdieron a un hijo por suicidio refirieron que hasta 80 personas podrían estar afectadas por la pérdida de este y, hermanos y amigos de quienes fallecieron por suicidio, estimaron que habría 45-50 personas afectadas por dicha muerte (Berman, 2011).

Intervención

El término que engloba el tratamiento de las secuelas del suicidio, atendiendo tanto al apoyo en el duelo por suicidio como a la prevención del suicidio en las personas en duelo, se conoce como “postvención”. Este constructo hace referencia a las “actividades desarrolladas por, con o para las personas sobrevivientes al suicidio, con la intención de facilitar su recuperación después del suicidio y de prevenir consecuencias adversas, incluyendo la conducta suicida” (Andriessen, 2009). El término engloba tanto el apoyo social, el trabajo clínico, abogacía e investigación, como el desarrollo de políticas relacionadas con el duelo por suicidio (Andriessen et al., 2017).

Aunque lo común es adoptar la idea de que la postvención solamente tiene cabida cuando se consuma el suicidio y, por tanto, cuando las personas están en un proceso de duelo, se debe tener en cuenta que también contempla a los familiares y amistades de personas que intentaron suicidarse pero que permanecen vivas después del intento. Igualmente, se puede aplicar a la persona que intenta suicidarse por las consecuencias que esto puede generar en todos los involucrados (Jordan y McIntosh, 2011).

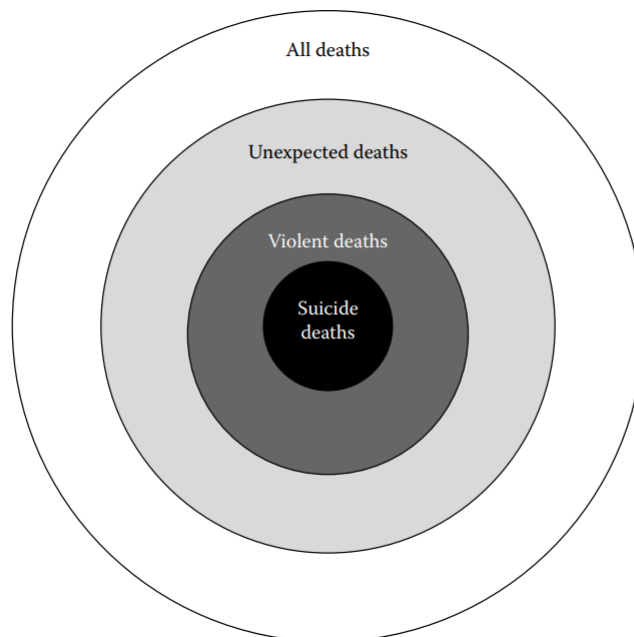
Duelo por suicidio

En el ámbito de la investigación sobre el duelo, se plantea una contradicción al intentar aclarar si el duelo por suicidio difiere significativamente de otros tipos de duelo. Por un lado,

las personas afectadas y las perspectivas de los profesionales de la salud hacen hincapié en las particularidades de los sentimientos de culpa, vergüenza, estigma social, búsqueda de significado e ideación suicida vinculados específicamente a este tipo de duelo. Por otro lado, los resultados de diversos estudios sugieren que existen más semejanzas que diferencias entre el duelo por suicidio y otros tipos de duelo en términos de proceso, duración y resultados. En este contexto, el modelo desarrollado por Jordan y McIntosh (2011) busca reconciliar ambas perspectivas, al diseñar un modelo que delinea cuatro círculos concéntricos con intención de abarcar diversas características del duelo (ver Figura 1). El círculo externo comprende aspectos del duelo que no dependen de la causa de la muerte, como el dolor, la pena, la ausencia y el anhelo de reunirse con el fallecido. El segundo círculo incluye particularidades típicas del duelo por muertes inesperadas, como el shock y la sensación de irrealidad. El tercer círculo abarca aspectos asociados al duelo por muertes violentas, como la experiencia del trauma y la ruptura de la ilusión de invulnerabilidad personal. Por último, el cuarto círculo se centra en características habitualmente vinculadas al duelo tras un suicidio, tales como la ira hacia el fallecido, la agresión y los sentimientos de abandono y rechazo.

Figura 1.

Aspectos del duelo en relación con el modo de muerte (tomado de Jordan y McIntosh, 2011, p. 34).



Investigación

Gran parte de la investigación se ha centrado en el impacto que produce el suicidio de un hijo en sus padres, una circunstancia totalmente inusual y que rompe la secuencia generacional típica (fallece primero el miembro de la familia de más edad). Esto puede dejar en segundo plano qué sucede cuando ocurre lo contrario, esto es, cuando la persona que debería cuidar y proteger, de quien dependen los menores, toma la decisión de quitarse la vida. Los niños y adolescentes que atraviesan la pérdida de un progenitor por suicidio experimentan simultáneamente dos eventos altamente estresantes: la pérdida de su principal persona cuidadora y el suicidio de alguien significativo (Kuramoto et al., 2009).

En 2009, Kuramoto y colaboradores realizaron una revisión sistemática sobre el impacto del suicidio paterno sobre niños y adolescentes. En ella, solamente se incluyeron 9 artículos, quizás por lo complicado de la investigación debido a su complejidad ética, el acceso limitado a datos o la falta de testimonios, dado que a esta circunstancia todavía le persigue cierto estigma social. Los resultados fueron inconsistentes, pero sí se encontró asociación entre el suicidio parental y los resultados psiquiátricos en los descendientes; en concreto, mayor riesgo de suicidio, posibilidad de desarrollar trastorno bipolar, además de un impacto más fuerte en los hijos afectados por el suicidio materno en comparación con el paterno y un mayor riesgo de alteraciones psiquiátricas cuando tal hecho se produce a una edad más temprana.

En los últimos años ha habido un aumento significativo del número de investigaciones realizadas sobre esta temática, pero sin embargo no se realiza una revisión de las mismas desde 2009, por lo que parece necesario someter a consideración los hallazgos más importantes y conocer los respectivos avances del campo en los últimos 15 años. Profundizar en esta área de trabajo se torna trascendental, pues la infancia y adolescencia son colectivos muy vulnerables al trauma y las consecuencias del duelo en estos periodos de la vida apenas han sido estudiadas de forma específica. Por otra parte, tal y como se ha apuntado, en los últimos años se ha constatado un creciente número de suicidios y, por consiguiente, la cifra de afectados por este tipo de muerte es elevada; se hace urgente y necesario, pues, buscar alternativas de prevención y tratamiento eficaces para todas aquellas víctimas que sean susceptibles de ayuda psicológica. Todos estos aspectos, unido a un interés personal por el tema, explica que el suicidio de un progenitor y las consecuencias sobre los hijos, así como la intervención psicológica con los menores, constituya el foco de estudio del presente trabajo. A este respecto, el propósito de

este Trabajo de Fin de Máster es elucidar las implicaciones y las secuelas que experimentan los niños y adolescentes que enfrentan el suicidio de uno de sus padres durante estas etapas críticas de sus vidas. Asimismo, también se revisarán las consecuencias del tal suceso en aquella descendencia que experimentó el duelo en la adultez emergente. La finalidad es proponer una intervención específica y adaptada, que aborde de manera precisa los aspectos singulares asociados a este tipo de pérdida y al proceso de duelo experimentado por los hijos como resultado de esta circunstancia traumática.

Dicha revisión se realiza según las directrices PRISMA y siguiendo el siguiente esquema: en primer lugar, se expone el método, en el que se explica cómo ha sido el procedimiento a seguir en la búsqueda sistemática para cribar y elegir los artículos. A continuación, los principales hallazgos de las investigaciones seleccionadas se describen en el apartado de resultados, que se interpretan y comparan en base a los objetivos propuestos en la discusión. En la propuesta aplicada se presenta una intervención para niños/as y adolescentes en duelo por el suicidio de su padre o madre y, finalmente, en la conclusión se realiza una recapitulación de los resultados más importantes, además de las limitaciones y posibles futuras líneas de investigación.

Método

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo empleando tres de las bases de datos destacadas en este ámbito: PsycInfo, PubMed y Web of Science.

En todo el proceso se aplicó la Declaración PRISMA (Urrútia y Bonfill, 2010), con el fin de que la revisión sistemática que se presenta cumpla con las directrices pensadas para mejorar la integridad de la propia investigación. Los términos y operadores booleanos utilizados son los que se describen a continuación: ((parent* OR father OR mother) AND (suicide)) AND ((child* bereavement OR child* grief) OR (adolesc* bereavement OR adolesc* grief)). La búsqueda se acotó a los artículos científicos publicados en los últimos 15 años (desde 2009), por tanto, esta es la primera regla para la selección, secundada por el siguiente filtro: “artículos evaluados por expertos” en el caso de la base de datos PsycInfo. Téngase en cuenta también que la última consulta que se realizó en las mencionadas bases de datos se refiere al día 29/11/2023.

Así, en este punto y tras el rastreo, se recopilan 518 artículos de los cuales se descartan por duplicados 127 y, a partir de esta cifra, se realizó un cribado sobre los restantes textos científicos de la forma que se sintetiza en el diagrama de flujo de la Figura 2. En concreto, este proceso se empezó con 391 artículos, de estos se excluyeron 294 y no se pudieron recuperar 12. En consecuencia, se reservan 85 publicaciones, ya evaluadas para elegibilidad.

De las referidas 85 publicaciones, se desestiman 11 por tratarse de artículos no empíricos, otras 12 debido a la ausencia de ajuste a los criterios de inclusión y exclusión de la

población estudiada, y las últimas 44 por la razón de que carecen del análisis de la muerte y/o duelo por suicidio de forma específica.

Finalmente, los artículos que se seleccionaron para la revisión sistemática se concretan en un total de 18.

Las razones por las que los artículos se van descartando son tres; a este respecto, los criterios de exclusión establecidos para realizar dicho cribado son:

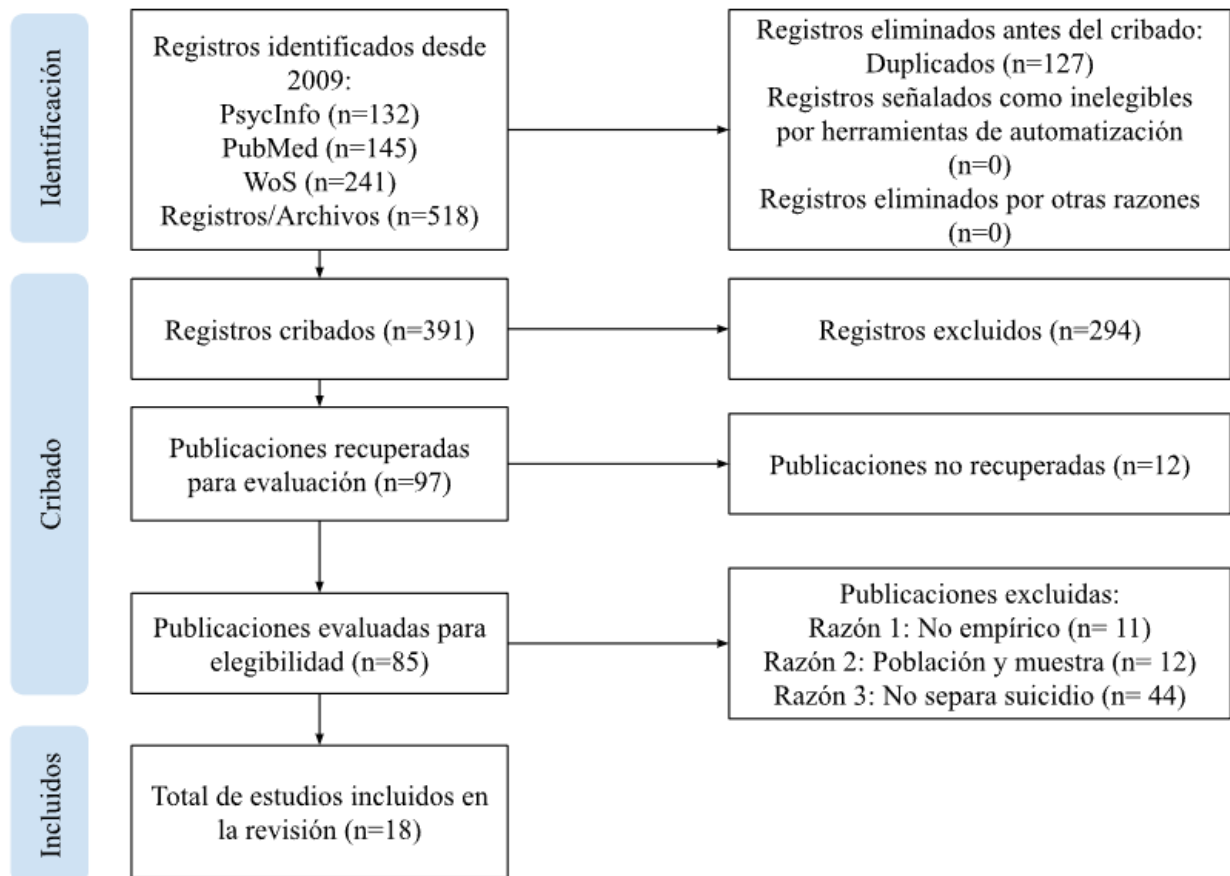
- La **población estudiada** está compuesta por **personas adultas** que han sufrido un duelo por el suicidio de su padre o de su madre.
- Que, en las **causas de muerte**, **no** se analice el **suicidio paterno-materno** de forma específica.
- **Artículo no empírico** (revisión sistemática, estudio cualitativo...).

Por otra parte, para los criterios de inclusión-selección de los artículos, se consideran los siguientes aspectos:

- Publicados en los últimos quince años.
- Redacción en idioma español o inglés.
- Estudios centrados en duelo en la **infancia y/o adolescencia** cuyos participantes hayan sufrido el suicidio paterno o materno.
- Estudios en los que se analice de forma específica la **muerte por suicidio**, aunque también incluya otras causas de muerte.
- Estudios centrados en el **impacto** del suicidio sobre los participantes que lo padecieron.
- Artículo-estudio empírico.

Figura 2.

Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios para la revisión sistemática.



Resultados

A continuación, se recogen los resultados de los artículos incluidos en la presente revisión. Con el fin de facilitar la exposición de los mismos, se organizan en diferentes aspectos relacionados con la salud mental y el funcionamiento social en los que el suicidio paterno o materno genera un impacto durante la infancia o adolescencia. Se disponen en tres apartados (1.1) trastornos psicológicos, (1.2) conducta suicida y (1.3) otras consecuencias. También se mostrarán los resultados encontrados en función de la edad a la que se experimenta el duelo, dispuestos en (2.1) entre 0 y 5 años, (2.2) entre 6 y 12 años, (2.3) entre 13 y 18 años y (2.4) más de 18 años.

Resulta relevante señalar que el objetivo de este trabajo es proporcionar una visión actual de la repercusión del suicidio paterno y de sus implicaciones en descendientes de primer grado de parentesco en las diferentes facetas vitales.

1 Resultados relacionados con la salud mental y el funcionamiento social

1.1 Trastornos psicológicos

Brent et al. (2009) realizaron un estudio cuyo objetivo era examinar los efectos del duelo 21 meses después de la muerte de uno de los progenitores, en particular tras la muerte por suicidio. Para ello, se empleó una muestra de 176 hij@s entre 7 y 25 años de personas que fallecieron por suicidio, accidente o muerte súbita natural y de otras 168 personas cuyos padres no habían fallecido. Se les realizó un seguimiento 9 y 21 meses después de la muerte. Se encontró que 21 meses después de la muerte, los hijos de padres cuya causa de muerte es el suicidio mostraron tasas más elevadas de depresión mayor y de abuso de alcohol o sustancias. Asimismo, la tasa de depresión fue más elevada en este grupo de personas en duelo que las que estaban en duelo por muerte natural súbita entre las evaluaciones de 9 y 21 meses y en el seguimiento.

En una investigación posterior, dirigida a examinar si el riesgo de morbilidad psiquiátrica que requería hospitalización era mayor para los hijos de padres suicidas que para los de fallecidos en accidentes mortales (y si la asociación variaba en función del sexo del progenitor fallecido), Kuramoto et al. (2010) hallaron que la descendencia de los fallecidos por suicidio paterno (no materno) presentó un mayor riesgo de hospitalización por trastornos depresivos y de ansiedad. Tanto el suicidio materno como el paterno fueron relacionados con el riesgo de hospitalización por trastornos psicóticos, de personalidad, consumo de alcohol y consumo de sustancias por parte de la descendencia (de la misma forma que con la muerte accidental). La muestra empleada fueron niños y adolescentes (0 a 17 años) que sufrieron el suicidio paterno (17.847) o materno (5.600) antes de los 18 años.

Esta misma línea se siguió en el estudio de Wilcox et al. (2010), cuyo objetivo era examinar el riesgo de suicidio, hospitalización psiquiátrica y condenas por delitos violentos entre la descendencia de padres fallecidos por suicidio, accidentes y otras causas. Las personas participantes fueron 44.397 descendientes de fallecidos por suicidio, 41.467 descendientes de fallecidos por accidente, 417.365 descendientes de padres fallecidos por otras causas y 3.807.867 descendientes de padres vivos. Sus edades se comprenden entre 0 y 25 años, de los que un 49% fueron mujeres y el 51% restante hombres. Los principales resultados que se

encontraron respecto a los trastornos mentales fueron que los descendientes de padres fallecidos por suicidio tuvieron un mayor riesgo de padecer trastornos depresivos, trastornos psicóticos o trastornos de la personalidad. En cambio, no se observó un mayor riesgo de hospitalización por un trastorno debido al consumo de drogas, en comparación con los descendientes de personas fallecidas por otras causas.

Appel et al. (2013) investigaron la asociación entre la muerte temprana de un padre y el riesgo de hospitalización por un trastorno afectivo en la adultez. Los participantes fueron 1.225.660 personas, de las cuales 138.893 sufrieron la muerte de un progenitor antes de los 30 años. Las personas cuyo padre/madre murió por suicidio experimentaron un mayor riesgo relativo de hospitalización por un trastorno afectivo unipolar (mayor para las mujeres que perdieron a su madre en lugar de a su padre), un incremento del riesgo relativo de hospitalización por trastorno afectivo bipolar respecto a otras causas de muerte (solo se observó en suicidio) y mayor riesgo de hospitalización por trastorno afectivo unipolar y el doble por trastorno afectivo bipolar. El riesgo de hospitalización por un trastorno afectivo unipolar se vio disminuido a mayor edad en el momento de la pérdida de los padres.

Dentro de la psicopatología, Clarke et al. (2013) investigaron si la exposición a un factor estresante grave y agudo durante el desarrollo temprano se asocia con una mayor incidencia de esquizofrenia y trastorno bipolar en comparación con la exposición a un factor estresante crónico. Los participantes fueron 11.855 personas cuyo padre o hermano falleciera antes de cumplir 5 años. No se observó una asociación entre el suicidio paterno y la esquizofrenia, pero sí hubo una pequeña asociación con el trastorno bipolar.

En 2016, Berg et al. analizaron el riesgo de depresión en adultos jóvenes con experiencia de muerte paterna en la infancia. La muestra estaba formada por 9.540 niños/niñas que experimentaron la pérdida de su madre y 22.313 niños/niñas que experimentaron la de su padre durante la infancia. Las personas que sufrieron la muerte materna o paterna por suicidio en la infancia tuvieron un mayor riesgo de hospitalización y de recibir atención ambulatoria por depresión.

El artículo más reciente que analizó la asociación entre la muerte de los padres-madres por suicidio durante la infancia y adolescencia y el riesgo de trastornos psiquiátricos en la descendencia en duelo, fue el de Burrell et al. (2021), atendiendo también a las posibles

diferencias en función del sexo del progenitor fallecido, del sexo de la descendencia, de la edad de la descendencia en el momento del duelo y de la causa de la muerte de los padres-madres. Se empleó una muestra de 655.477 personas, de las cuales 4723 experimentaron la muerte de un padre-madre por causas externas (DBEC) antes de los 18 años. La descendencia constaba de 48% de mujeres y 52% de hombres. Los principales resultados indican que el suicidio de los padres-madres se asocia con tener una probabilidad más de dos veces superior (2,5 veces) de desarrollar un trastorno psiquiátrico y a un riesgo significativamente mayor de padecer todos los diagnósticos específicos investigados (trastornos depresivos, reacciones al estrés, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos del desarrollo y trastornos del comportamiento y emocionales en la infancia, trastornos psicóticos, bipolares, de la conducta alimentaria y de la personalidad). En cambio, la muerte debida a accidentes de transporte sólo se asoció a un riesgo significativamente mayor de trastornos por consumo de sustancias.

1.2 Conducta suicida

Respecto al impacto de la muerte por suicidio de un padre-madre, Kuramoto et al. (2010) estudiaron si el riesgo de morbilidad psiquiátrica que requería hospitalización era mayor para los hijos de padres suicidas que para los de fallecidos en accidentes mortales (y si la asociación variaba en función del sexo del progenitor fallecido). La muestra empleada fueron niños y adolescentes (0 a 17 años) que sufrieron el suicidio paterno (17.847) o materno (5.600) antes de los 18 años.

Los resultados indicaron que el suicidio materno aumenta significativamente el riesgo de hospitalización por intento de suicidio en descendencia en comparación con los hijos de fallecidos por accidente y que los descendientes de madres que murieron por suicidio tenían casi el doble de riesgo de hospitalización por intento de suicidio en comparación con los de los fallecidos en accidentes. Este riesgo relativo fue menor y no significativo para la descendencia de fallecidos por suicidio paterno.

Por su parte, Jackobsen et al. (2010) examinaron la asociación entre la muerte de un progenitor biológico y los posteriores intentos de suicidio en la juventud, y exploraron si los factores sociodemográficos mediaban en el proceso. Participaron en el estudio 72.765 personas

(10-23 años; M: 17.46), de las cuales 3.465 habían cometido un intento de suicidio y 69.300 los sujetos de control con los que fueron emparejadas.

Estos autores encontraron que la muerte por suicidio de los padres era un factor de riesgo significativo para los intentos de suicidio en los adolescentes, al igual que las demás causas de muerte e independientemente del género de los padres.

Wilcox et al. (2010), realizaron una investigación cuyo objetivo era examinar el riesgo de suicidio, hospitalización psiquiátrica y condenas por delitos violentos, entre los descendientes de padres fallecidos por suicidio, accidentes y otras causas. Los participantes fueron 44.397 descendientes de fallecidos por suicidio, 41.467 descendientes de fallecidos por accidente, 417.365 descendientes de padres fallecidos por otras causas y 3.807.867 descendientes de padres vivos. Sus edades estaban comprendidas entre 0 y 25 años y un 49% eran mujeres y el 51% restante hombres.

En comparación con las personas cuyos padres siguen vivos, los descendientes de fallecidos por suicidio tienen más riesgo de suicidio, lo cual no ocurrió con las otras causas de muerte analizadas. Este riesgo fue significativamente mayor para los niños y adolescentes que para los adultos emergentes.

Kuramoto et al., (2013), realizaron una investigación cuyo objetivo era estudiar el periodo de tiempo en el que existe riesgo de hospitalización por intento de suicidio entre los descendientes de fallecidos por suicidio en comparación con los descendientes de fallecidos por lesiones no intencionadas según su etapa de desarrollo en el momento de la muerte de los padres. Para ello, empleó una muestra compuesta por 32.395 hijos que sufrieron la muerte por un daño no intencionado y 26.096 hijos que sufrieron el suicidio de un padre antes de los 25 años [-entre 0/5 años (infancia temprana) 13%, -entre 6/12 años (infancia tardía) 27%, -entre 13/17 años (adolescencia) 25%, -entre 18/24 años (adulthood emergente) 35%].

Como resultado, se obtuvo que los descendientes que sufrieron el suicidio de sus padres durante la primera infancia tuvieron más riesgo de hospitalización por intento de suicidio 5 años después del suceso, el cual siguió aumentando hasta dos décadas después. Asimismo, que hubiese ocurrido en la infancia tardía aumentó la probabilidad de hospitalización por intento

de suicidio en relación con la adultez emergente (aunque el riesgo no siguió aumentando 5 años después).

Finalmente, la descendencia que perdió a uno de sus progenitores por suicidio en la primera infancia y en la infancia tardía tuvo un inicio significativamente más temprano de hospitalización por intento de suicidio, que los descendientes que perdieron a uno de sus progenitores por una lesión no intencionada durante los mismos periodos de desarrollo.

Otro de los artículos (Guldin et al., 2015) se dirigió a investigar cómo la muerte de los padres en la infancia puede influir a largo plazo en el riesgo de suicidio y cómo las trayectorias de riesgo pueden diferir en función de diferentes factores. Los participantes fueron 189.094 niños cuyo progenitor falleció antes de los 18 años y 1.890.940 niños cuyo progenitor no falleció.

Se encontró que el riesgo de suicidio es particularmente alto en niños cuyo padre falleció por suicidio, teniendo un 82% más de riesgo de suicidio que los niños en duelo por la muerte de sus padres por accidente. El mayor riesgo se encontró entre los niños en duelo por el suicidio de los padres (en particular suicidio materno), los primogénitos y los niños cuyo padre se murió antes de haber cumplido los 6 años.

Rostila et al. (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo era investigar si la muerte de los padres durante la infancia influye en las lesiones/envenenamientos autoinfligidos en la adultez emergente. La muestra es de 870.000 adultos emergentes (18-40), de los cuales entre el 51-54% eran hombres y entre el 46-49% mujeres.

Se constata que la muerte materna por suicidio se asoció con las proporciones más altas de ingresos por autolesiones. A este respecto, las muertes maternas por suicidio y muertes relacionadas con abuso de sustancias tuvieron las proporciones más altas entre las personas ingresadas en el hospital por primera vez con una lesión autoinfligida; en comparación con la muerte paterna y con la muerte por otras causas (accidente, abuso de sustancias, causas naturales).

En el trabajo realizado por Carr et al. (2020), el objetivo fue discernir la asociación generalizada entre la muerte de los padres y los riesgos de resultados adversos posteriores. Para

ello se empleó una muestra de 1.698.821 personas (51.3% hombres, 48.7% mujeres), de las cuales 52.589 habían perdido a su padre/madre antes de cumplir los 15 años.

En relación con las autolesiones posteriores, en este artículo se informó de un riesgo elevado en todos los grupos que experimentaron la muerte de un padre/madre durante la infancia, pero no hubo evidencia estadísticamente significativa de una diferencia en el riesgo asociado con el suicidio de los padres frente a cualquier otra causa no natural de muerte. En función del género del ascendiente fallecido, los riesgos absolutos años después fueron más altos en aquellos que perdieron a ambos padres por cualquier causa y en aquellos que perdieron a su madre por una causa no natural de fallecimiento diferente al suicidio.

Finalmente, el artículo más reciente sobre este tema fue publicado por Burrell et al. (2020b), tras investigar la asociación entre la muerte de los padres por causas externas antes de los 18 años, las autolesiones no suicidas y las posibles diferencias entre la muerte por accidentes y suicidio. Los participantes fueron 12.526 personas (56,7% mujeres y 43,3% hombres) que recibieron tratamiento somático agudo por las autolesiones no suicidas entre 2008 y 2013; y 222.362 personas del grupo control (56,4% mujeres y 43,6% hombres).

Los resultados mostraron que las personas que habían perdido a uno de sus progenitores por suicidio tenían un riesgo significativamente mayor de cometer autolesiones no suicidas en comparación con los hijos que no habían sufrido tal pérdida. Así, el suicidio implica más del doble de riesgo de hospitalización por autolesiones no suicidas de los hijos, y mayor riesgo de cometerlas que los descendientes de fallecidos en accidentes de transporte. No se encontraron diferencias significativas respecto al género del ascendiente fallecido ni tampoco entre las diferentes edades en la que ocurre el duelo por suicidio paterno.

1.3 Otros procesos en los que se observa el impacto

Además de los resultados presentados en secciones previas, se identificó un conjunto adicional de hallazgos que, por la singularidad de las variables que se analizan, se consideran aparte.

En primer lugar, en el artículo de Wilcox et al. (2010) se propuso examinar el riesgo de suicidio, hospitalización psiquiátrica y condenas por delitos violentos entre los descendientes de padres fallecidos por suicidio, accidentes y otras causas. Los participantes fueron 44.397 descendientes de fallecidos por suicidio, 41.467 descendientes de fallecidos por accidente, 417.365 descendientes de padres fallecidos por otras causas y 3.807.867 descendientes de padres vivos. Sus edades están comprendidas entre 0 y 25 años, un 49% eran mujeres y el 51% restante hombres.

Los resultados indican que aumentó del riesgo de condenas por delitos violentos en los hijos de padres fallecidos por suicidio, además de en los descendientes de fallecidos por accidente u otras causas, en comparación con los hijos de padres vivos.

En la misma línea, Carr et al. (2020) realizaron un estudio cuyo objetivo fue discernir la asociación existente entre la muerte de los padres y los riesgos de resultados adversos posteriores. Para ello, se empleó una muestra de 1.698.821 personas (51.3% hombres; 48.7% mujeres), de las cuales 52.589 eran individuos cuyo padre/madre falleció antes de cumplir los 15 años. Respecto a futuras actividades criminales violentas, el riesgo fue consistentemente elevado en todos los grupos que experimentaron la muerte de un padre/madre durante la infancia. Sin embargo, los valores acumulativos más altos se observaron en aquellos que experimentaron la muerte de su madre o padre por una causa no natural que no fue suicidio.

Dietz et al. (2013) también investigaron el impacto del suicidio paterno, con el objetivo de estudiar las diferencias en la respuesta del cortisol a estresores sociales agudos de duelo en función del tipo de muerte de los padres (muerte natural súbita, accidental o suicidio). La muestra estaba compuesta por 181 jóvenes, entre 10-29 años, de 62 familias en duelo por los padres y 53 familias sin duelo. El grupo en duelo por suicidio y el grupo en duelo por muerte accidental no manifestaron reactividad al cortisol cuando se les expuso a los estresores en comparación con las personas en duelo por muerte súbita natural (respuesta más típica). Esto se traduce en que, las personas cuyo padre falleció por suicidio, presentaban una respuesta del sistema de estrés atípica a estresores sociales.

El trabajo de Li et al. (2014) fue dirigido a examinar la asociación entre la muerte de los padres en la infancia y la adolescencia y el riesgo posterior de mortalidad por todas las

causas y la mortalidad por causas específicas hasta la edad adulta temprana o media. Para ello, se empleó una muestra de 2.789.807 niños nacidos en Dinamarca, Suecia y Finlandia.

Los resultados indican que la mortalidad por cualquier causa (*“all-cause mortality”*) fue incrementada para casi todas las causas específicas de muerte de los padres, aunque no fueron estadísticamente significativas para causas como infecciones o enfermedades del sistema nervioso. Se observó una mayor probabilidad de muerte por cualquier causa en las personas que perdieron a uno de sus progenitores por suicidio. La magnitud de las asociaciones varió según los dos tipos de muerte infantil: el suicidio de los padres se asoció con un 65% más de riesgo de muerte natural infantil, y una probabilidad aun mayor de muerte no natural infantil.

Por otra parte, también se investigó la asociación entre la muerte temprana de los padres antes de los 30 años y el uso posterior de antidepresivos (Appel et al., 2016). En el estudio participaron 1.124.215 personas, de las cuales 71.380 estaban en duelo y 6.050 tomaban antidepresivos (2.336 hombres y 3.714 mujeres). La muerte de los padres por suicidio se vinculó con un mayor riesgo relativo de consumo de antidepresivos entre las mujeres, al igual que la pérdida de la madre en comparación con la pérdida el padre. Asociaciones más fuertes se vieron en mujeres que perdieron un padre por suicidio, que perdieron a su madre o que tuvieron un duelo a una edad temprana. Se observó el riesgo más alto en el grupo de edad de 13-19 años tanto en mujeres como en hombres.

Roley-Roberts et al. (2019) se centraron en buscar posibles marcadores de riesgo distal para la ideación suicida mediante el examen de predictores de pertenencia frustrada (causa de la muerte del cuidador, estrategias de afrontamiento del cuidador superviviente) entre jóvenes en duelo por la muerte de un cuidador. La pertenencia frustrada, ocurre cuando los individuos no pueden satisfacer la necesidad básica de pertenencia debido a experiencias de rechazo, exclusión o falta de conexión con otros. Para ello empleó una muestra de 43 familias con un total de 58 niños entre 7-13 años ($M=9.17$, $SD=1.90$), de los cuales el 45% eran mujeres y el 55% hombres. En este estudio se observó que los niños/niñas cuyos cuidadores murieron por suicidio presentaban tasas significativamente mayores de pertenencia frustrada 6 meses después de la muerte, en comparación con la descendencia de personas fallecidas por muerte natural súbita, accidente o muerte anticipada por enfermedad.

Por último, Burrell et al. (2020a) investigaron la posible influencia de la muerte de los padres/madres por causas externas en el éxito en la finalización de la educación obligatoria, el bachillerato, la formación profesional y la educación universitaria o superior. Los participantes fueron 373.104, de los cuales 3.692 sufrieron la muerte paterna/materna por causas externas antes de los 18 años (52% hombres y 48% mujeres).

Se encontró que el suicidio paterno/materno no estuvo asociado con una menor probabilidad de completar la educación obligatoria, aunque sí lo estuvo para completar el instituto y la universidad. También fue la única causa específica de muerte asociada a una probabilidad significativamente menor de completar la formación profesional (en comparación con personas que no sufrieron la muerte por causas externas de un padre/madre). En general, no se observaron grandes diferencias en función de la edad de los hijos/hijas en el momento del duelo para cualquier nivel educativo.

2 Hallazgos por grupos de edad

2.1 Entre 0 y 5 años

En el trabajo de Wilcox et al. (2010) se constató que la descendencia que perdió a un padre por suicidio en la primera infancia tenía tres veces más probabilidades de morir por suicidio, un riesgo significativamente alto si se compara con dicha circunstancia en la adultez emergente. También se dio una mayor tasa de hospitalización por consumo de sustancias y trastornos psicóticos en relación con la descendencia de padres vivos y con el duelo en la adultez emergente.

Kuramoto et al. (2013) identificaron este rango etario como el grupo en el que más riesgo de hospitalización por intento de suicidio hay en los 5 años siguientes al suicidio paterno, riesgo que continuó aumentando hasta 20 años después. Estos resultados fueron congruentes con los observados en los grupos de hermanos que estaban en diferentes periodos de desarrollo, en los que se observó un mayor riesgo de intentos de suicidio en esta edad respecto a los que se encontraban en la adultez emergente.

2.2 Entre 6 y 12 años

Con respecto a esta franja de edad, Wilcox et al. (2010) también encontraron que el duelo por suicidio paterno en la infancia tardía conlleva un riesgo tres veces mayor de morir por suicidio y de ser hospitalizado por consumo de sustancias y trastorno psicótico, en comparación con los hijos e hijas de padres vivos y en comparación con los que sufrieron el duelo en la adultez emergente.

Un mayor riesgo de hospitalización por intento de suicidio fue otra de las consecuencias que encontraron Kuramoto et al. (2013) en este grupo de edad al ser comparado con el grupo que experimentó el duelo por suicidio de su progenitor en la adultez emergente. Como ya se ha comentado en líneas precedentes, esta diferencia fue visible también cuando se analizó a la muestra de hermanos.

2.3 Entre 13 y 18 años

Los resultados obtenidos en el estudio realizado por Wilcox et al. (2010) ponen de manifiesto que, igual que en la infancia, la adolescencia es una etapa en la que es tres veces más probable morir por suicidio (cuando se ha experimentado la muerte de un padre por el mismo motivo) si se compara con sufrir este evento traumático en la adultez emergente. Estos autores indicaron además que los hijos cuyo duelo se producía en la adolescencia tenían mayores probabilidades de padecer trastornos psicóticos.

En Kuramoto et al. (2013) se halló un mayor riesgo de hospitalización por intento de suicidio en los dos primeros años después de la muerte del progenitor por suicidio, que fue disminuyendo con el paso del tiempo. Estos mismos resultados se encontraron para la muestra de adultos emergentes.

Por último, citar el trabajo de Appel et al. (2016) donde se informó de un riesgo más alto de consumo de antidepresivos en el grupo de edad de 13-19 años tanto en mujeres como en hombres en duelo por suicidio.

2.4 Más de 18 años (adulthood emergente)

En 2010, Wilcox et al. observaron que la descendencia que sufrió el fallecimiento por suicidio de su progenitor en la adulthood temprana manifestaba menos riesgo de morir por suicidio que quienes lo experimentaron en la infancia y adolescencia; así como menos riesgo de hospitalización por consumo de sustancias y trastornos psicóticos si se comparaba con aquellos que pasaron el duelo por suicidio en la infancia.

En base al estudio realizado por Kuramoto et al. (2013), parece que el riesgo de suicidio en este periodo (adulthood emergente) aumenta en los dos primeros años después del fallecimiento, pero se ve disminuido con el paso del tiempo, presentando el mismo patrón que se observa en la etapa de la adolescencia. Cuando se analizó la muestra de hermanos en diferentes periodos del desarrollo, se observó un menor riesgo de hospitalización por intento de suicidio en adulthood temprana en comparación con la primera infancia.

Discusión

Antes de comenzar con la discusión de los resultados obtenidos, cabe destacar que, tal y como se expuso al inicio, el aumento de la bibliografía sobre el suicidio y, en concreto, sobre el suicidio paterno o materno es reciente, por lo que, aunque en esta revisión se han encontrado dos líneas temáticas relativamente definidas, hay varios trabajos de diferente índole. Añadir, además, que la mayoría de los artículos incluidos son estudios de carácter retrospectivo, pues dada la complejidad del análisis de estas temáticas por los motivos ya expuestos, se recurre a datos albergados en los registros nacionales que en su mayoría se encuentran en países del norte de Europa (Dinamarca, Suecia, Noruega...).

El principal objetivo de esta revisión es revelar las consecuencias del suicidio paterno/materno durante la infancia y/o la adolescencia de sus descendientes. Por ello, a continuación, se pretende dar respuesta y esclarecer los principales hallazgos en cada una de las áreas en las que se han agrupado los artículos.

En relación con la salud mental y el funcionamiento social:

Atendiendo a los trastornos psicológicos, la mayoría de la evidencia recopilada sugiere que el impacto del suicidio parental durante la infancia o adolescencia correlaciona con el desarrollo de trastornos psiquiátricos (Burrell et al., 2021). Este fenómeno ha sido estudiado en varios contextos, revelando un riesgo significativamente mayor de manifestaciones psicopatológicas incluidas en una amplia gama de trastornos específicos. Dentro de este

espectro, los trastornos afectivos, especialmente la depresión, el trastorno bipolar y la ansiedad, han sido los focos primarios de análisis.

La literatura revisada destaca un incremento sustancial en la probabilidad de padecer depresión durante los dos años posteriores a la experiencia del suicidio paterno/materno (Brent et al., 2009). Investigaciones adicionales se han enfocado en casos donde se ha documentado hospitalización, revelando un mayor riesgo de ingreso hospitalario debido a trastornos depresivos y de ansiedad (Kuramoto et al., 2010; Wilcox et al., 2010; Berg et al., 2016), así como una predisposición a desarrollar trastorno afectivo unipolar y bipolar grave (Appel et al., 2013).

Sin embargo, respecto a la posible incidencia de un trastorno bipolar, Clarke et al. (2013) solamente encontraron una asociación marginal. Esto puede ser atribuido al hecho de que mientras otros estudios abarcaron el análisis del suicidio durante todo el periodo de la infancia y adolescencia, la muestra de este estudio en particular perdió a su progenitor antes de los 5 años. Asimismo, en esta investigación no se evidenció asociación entre el suicidio paterno y la esquizofrenia, en contraste con otros estudios enfocados en el tema, los cuales indican una relación con la manifestación de trastornos psicóticos (Kuramoto et al., 2010). Este riesgo se incrementa aun más cuando el suicidio ocurre durante el periodo de desarrollo infantil (Wilcox et al., 2010). Este mismo estudio también señala que el duelo en esta etapa vital incrementa significativamente el riesgo de consumo de sustancias, hallazgo congruente con tasas más elevadas de consumo de drogas y alcohol observadas en investigaciones previas (Brent et al., 2009; Kuramoto et al., 2010).

En consonancia con estos hallazgos, se ha documentado que el suicidio paterno/materno se relaciona con la aparición de trastornos de la personalidad (Kuramoto et al., 2010; Wilcox et al., 2010). Estas asociaciones subrayan la complejidad y la amplitud de la influencia del suicidio paterno/materno en el desarrollo de una serie de trastornos psiquiátricos en la descendencia durante su crecimiento.

Por lo que respecta a la evidencia disponible sobre la conducta suicida, esta se centra en el aumento del riesgo de autolesiones, intentos de suicidio y suicidio consumado en individuos que han experimentado la pérdida de un progenitor por suicidio. Los estudios han identificado que aquellos cuya madre falleció por suicidio tienen mayores tasas de ingresos

hospitalarios por autolesiones en la edad adulta en comparación con grupos control, o con aquellos que sufrieron la pérdida de un familiar en un accidente (Rostila et al., 2016). Además, se ha evidenciado que las personas en duelo por el suicidio materno muestran un mayor riesgo de autolesiones intencionadas en comparación con aquellos que enfrentan la pérdida por otras causas (Burrell et al., 2020b).

Contrariamente, investigaciones como la de Carr et al. (2020) han mostrado que, aunque el riesgo de autolesiones es considerable en individuos afectados por el suicidio de un progenitor, no supera significativamente el riesgo observado en personas que están en duelo por otras causas de muerte.

En lo que respecta a la conducta suicida, la literatura también ha explorado el riesgo de intentos de suicidio en descendientes afectados por el suicidio de su padre o de su madre. En este ámbito, varios estudios coinciden al señalar al suicidio paterno/materno como un factor de riesgo significativo en intentos de suicidio en adolescentes (Jackobsen et al., 2010). Asimismo, se ha observado un aumento del riesgo de hospitalización por intentos de suicidio cuando es la madre quien fallece (Kuramoto et al., 2013). Estas investigaciones también indican que este riesgo persiste durante al menos cinco años después del suceso, extendiéndose incluso hasta dos décadas después. Además, se ha encontrado que el duelo experimentado en la infancia, tanto temprana como tardía, incrementa el riesgo de hospitalización por intentos de suicidio, en comparación con la pérdida experimentada en la adultez emergente.

Adicionalmente, la probabilidad de suicidio consumado en hijos/hijas de personas que se han suicidado ha sido objeto de estudio. Se ha observado un mayor riesgo cuando la muerte ocurre durante la infancia o la adolescencia en comparación con la edad adulta emergente (Wilcox et al., 2010). Las investigaciones también han revelado un aumento del 82% en el riesgo de suicidio en individuos cuyos padres murieron por suicidio en comparación con aquellos cuyos padres fallecieron en accidentes no relacionados con el suicidio (Guldin et al., 2015). Este riesgo aumenta particularmente cuando es la madre la que se suicida, el hijo/hija es el primogénito y el evento se produce antes de los seis años de edad.

Ciertamente, el incremento significativo en la cantidad de literatura publicada que aborda el tema del suicidio, particularmente el suicidio paterno/materno, representa un fenómeno reciente. A pesar de las ya existentes líneas de investigación enfocadas en

comprender el impacto de este evento traumático en el desarrollo de la psicopatología y la conducta suicida de los hijos, se está vislumbrando la introducción de nuevas variables que acaparan la atención de los investigadores y que, sin duda, serán objeto de estudio en futuras investigaciones.

Los artículos han mostrado un mayor riesgo en los hijos/hijas que han experimentado la pérdida de un progenitor por suicidio durante la infancia y adolescencia, con posibles implicaciones en conductas delictivas violentas y condenas judiciales asociadas (Carr et al., 2020; Wilcox et al., 2010). Sin embargo, el estudio de Carr et al. (2020) detalla que este riesgo no es significativamente mayor en comparación con aquellos individuos que enfrentaron la pérdida por otras causas de muerte, e incluso señala que el riesgo absoluto fue mayor en estos últimos.

Otra línea de investigación se ha enfocado en evaluar el impacto en la salud física, fisiológica y biológica de los individuos afectados por el suicidio paterno/materno. Estudios como el de Dietz et al. (2013) han observado una respuesta disfuncional del sistema de estrés en situaciones sociales estresantes en aquellos que han experimentado la pérdida paterna/materna por suicidio. Por otra parte, el estudio de Roley-Roberts et al. (2019) ha explorado el desempeño social, sugiriendo que estos individuos tienen una mayor probabilidad de experimentar un sentido de pertenencia al grupo de referencia frustrado seis meses después del fallecimiento. Este deterioro resulta coherente, considerando que estos jóvenes han vivido en un entorno familiar posiblemente inestable y con recursos limitados, lo cual puede influir en su desarrollo y adaptación social.

Además, se ha examinado el impacto en el ámbito educativo, revelando la literatura que aquellos que han experimentado la pérdida por suicidio paterno/materno tienen menor probabilidad de completar los niveles educativos más altos, como la educación secundaria, la universidad y la formación profesional (Burrell et al., 2020a). Estos hallazgos sugieren una posible correlación entre la experiencia de la pérdida por suicidio paterno/materno y un sentido de pertenencia frustrado, el cual podría manifestarse en diversos aspectos de la vida social y académica de estos individuos.

En adición al análisis del riesgo de suicidio en descendientes, investigaciones como la llevada a cabo por Li et al. (2014) han contemplado las tasas de mortalidad por otras causas.

Se ha observado que cuando un padre o madre se suicida durante la infancia o adolescencia de sus hijos/hijas, estos presentan un incremento significativo en la probabilidad de fallecer durante la adultez temprana y media debido a una variedad de causas.

Estas causas de mortalidad documentadas incluyen enfermedades infecciosas, afecciones del sistema digestivo y respiratorio, así como trastornos mentales o del comportamiento. Además, se ha registrado un mayor riesgo de fallecimiento por accidentes de transporte y un aumento en la probabilidad de que la descendencia también se vea afectada por comportamientos suicidas.

Es relevante destacar que este tipo particular de pérdida paterna/materna se ha asociado con un riesgo hasta un 65% mayor de muerte natural durante la infancia, así como una probabilidad aun más elevada de muerte no natural en este periodo.

En consonancia con los hallazgos previos, se ha observado que la experiencia de la pérdida de un padre/madre por suicidio está asociada con un incremento en el riesgo de consumir antidepresivos, particularmente si esta pérdida ocurre durante el periodo comprendido entre los 13 y los 19 años de edad (Appel et al., 2016). Este descubrimiento sugiere que la ocurrencia específica del suicidio paterno/materno durante la adolescencia temprana y tardía podría ser un factor agravante en la predisposición a la necesidad de tratamiento farmacológico con antidepresivos en los descendientes afectados.

En relación con las edades de los descendientes:

Las repercusiones del suicidio de los progenitores también han sido analizadas en función del periodo de desarrollo en el que se encuentran los descendientes en el momento de duelo.

Según diversos estudios, las consecuencias más significativas se presentan cuando el duelo ocurre durante la infancia (0-12 años), tanto en sus etapas tempranas como tardías. En esta fase, la probabilidad de morir también por suicidio puede llegar a triplicarse, además de observarse un aumento considerable en el riesgo de hospitalización debido al consumo de sustancias y la aparición de trastornos psicóticos (Wilcox et al., 2010). Asimismo, es

característico de este periodo una mayor probabilidad de hospitalización por intentos de suicidio, la cual no deja de aumentar en los siguientes 20 años (Kuramoto et al., 2013).

El impacto en la adolescencia es, por un lado, de gravedad similar a la infancia, pues continúan manteniendo un riesgo triplicado de mortalidad por suicidio y de sufrir trastornos psicóticos (Wilcox et al., 2010). Además, en este grupo etario se registra el mayor consumo de antidepresivos entre mujeres y hombres en duelo por suicidio (Appel et al., 2016). Por otro lado, se observan similitudes con las repercusiones en la adultez emergente, ya que en ambos grupos se detecta un mayor riesgo de suicidio en los dos primeros años, riesgo que disminuye con el tiempo (Kuramoto et al., 2013).

Finalmente, y en consonancia con lo mencionado, en la adultez emergente se continúan observando conductas suicidas, sin embargo, el riesgo de cometerlas es menor (Wilcox et al., 2010; Kuramoto et al., 2013), mostrando un patrón similar al de la adolescencia. Además, en esta etapa se registran menos hospitalizaciones por consumo de sustancias y por trastornos psicóticos (Wilcox et al., 2010).

En base a estos hallazgos, se refleja que cuando el duelo se experimenta durante la infancia (tanto temprana como tardía), las consecuencias son más graves y que, a medida que ocurre en edades más avanzadas, adolescencia y adultez emergente, la tendencia se inclina hacia una disminución del riesgo en la mayoría de variables. La menor tasa de consumo de antidepresivos en la infancia podría atribuirse a la complejidad del tratamiento de problemas psicológicos en esta etapa y a las numerosas contradicciones existentes respecto al uso de estos fármacos en niños y niñas.

Propuesta aplicada

La síntesis de la literatura científica revela que, si bien no todos, una parte significativa de los niños/niñas y adolescentes que enfrentan el duelo por el suicidio de un padre/madre experimentan repercusiones adversas a nivel personal, social y educativo. En este contexto, resulta fundamental implementar intervenciones respaldadas por evidencia científica, las cuales consideren las especificidades del duelo por suicidio en contraste con otras formas de pérdida, con el objetivo primordial de mitigar y reducir estas consecuencias adversas.

A pesar de la consideración de una gama significativa de intervenciones destinadas a niños/niñas y adolescentes que atraviesan el duelo por suicidio, la bibliografía actual revela la ausencia de intervenciones que hayan sido rigurosamente desarrolladas y sometidas a evaluaciones exhaustivas (Journot-Reverbel et al., 2017). No obstante, se ha identificado que algunas de estas intervenciones han demostrado cambios significativos en las evaluaciones pre y post intervención. Entre las intervenciones más frecuentes se encuentran las terapias en grupo.

Estas terapias en grupo destacan por proporcionar un entorno propicio para la interacción y el apoyo mutuo entre la juventud en duelo, facilitando el intercambio de experiencias similares y el acceso a profesionales especializados. Asimismo, se han propuesto los "*grief camps*" (campamentos de duelo), que consisten en retiros realizados durante los fines de semana en colonias con el propósito de brindar a los menores afectados por el duelo un

espacio seguro donde compartir con otros en una situación similar, además de contar con la orientación de profesionales de la psicología especializados.

Tomando como base las indicaciones de Worden (1986) y como referencia principal el modelo propuesto por Pfeffer et al. (2002), se presenta a continuación una propuesta de intervención que busca complementar la terapia grupal con los elementos beneficiosos de los "grief camps", especialmente el formato en línea propuesto por Krysinska et al. (2023). Se propone un enfoque grupal debido a que un aspecto fundamental de estas intervenciones es mitigar la percepción de aislamiento que experimentan la mayoría de niños/niñas y adolescentes, al no encontrar individuos que puedan comprender su situación, lo que los lleva a sentirse solos. Por lo tanto, se considera beneficioso que puedan interactuar con otros en situaciones similares, ofreciéndose apoyo mutuo y posibilitando el aprendizaje de estrategias adaptativas de afrontamiento.

1. Objetivos del programa de intervención

Objetivos generales:

- Promover un ajuste sano de los niños/niñas y adolescentes después del suicidio parental y reducir las consecuencias mórbidas.
- Explorar las vivencias de duelo, recuperar momentos positivos relacionados con el ser querido fallecido y orientarse hacia el futuro en el proceso de recuperación.
- Mejorar las consecuencias a largo plazo en los niños/niñas y adolescentes en duelo.
- Integrar el duelo en sus vidas en un entorno de comprensión, amor, aceptación, compasión y seguridad.

Objetivos específicos.

- Ayudar a los niños/niñas (y al cónyuge superviviente, si es el caso) a entender el suicidio y el proceso de duelo.
- Normalizar el proceso de duelo para niños/niñas y aumentar su conciencia de la pérdida como una parte natural de vivir.
- Desarrollar competencias y confianza para contar, sin tabúes, la historia sobre cómo aconteció la muerte.

- Identificar cómo la vida ha cambiado desde la pérdida, sus propias respuestas y necesidades en el duelo.
- Valorar a la persona fallecida más allá del suicidio.
- Identificar y expresar emociones.
- Explorar estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas a nivel individual y familiar.
- Desarrollar y fortalecer competencias/recursos de las personas participantes en el campamento.
- Facilitar la apertura y la comunicación familiar de apoyo.
- Conocer a otras personas en duelo por suicidio y compartir experiencias.
- Crear un espacio de reunión, intercambio, apoyo y conexión de progenitores supervivientes.
- Proporcionar a los miembros de la familia una guía sobre cómo poder ayudar en el duelo propio y en el de los menores.
- Hacer nuevas amistades y divertirse.

2. Descripción del programa de intervención (20 horas)

El programa se estructura en una serie de 8 sesiones grupales en total, repartidas en 1 sesión semanal, con una duración de dos horas cada una; y 2 de seguimiento, una a los seis y otra a los doce meses. Cada sesión se iniciará con una presentación del plan de actividades programadas para ese día, seguido del desarrollo de la sesión correspondiente. Al finalizar, se destinarán entre 15 y 20 minutos para la realización de alguna actividad recreativa o juego, con el propósito de brindar un cierre al abordaje del tema del suicidio de su padre/madre, y así permitir que los participantes no regresen a sus hogares cargados emocionalmente por lo tratado durante la sesión.

El programa se enfocará en hijos e hijas cuyos padres o madres fallecieron por suicidio y que se encuentren en un rango de edad comprendido entre los 6 y los 18 años. Para garantizar una interacción más efectiva y adaptada a las necesidades de las personas participantes, se organizarán grupos divididos en función de su edad, con una separación de tres años entre cada

grupo. Estos grupos específicos estarán configurados de la siguiente manera: 6-8 años, 9-11 años, 12-14 años y 15-18 años.

Cada grupo contendrá entre 5 y 8 participantes, con el propósito de facilitar la interacción y el diálogo entre los integrantes, así como de promover un ambiente de confianza y apoyo mutuo. Este enfoque permite adaptar las dinámicas, estrategias y el contenido de las sesiones de manera más precisa a las necesidades y niveles de desarrollo de los niños/niñas y adolescentes en función de su edad y etapa escolar.

Con el objetivo de facilitar el proceso de afrontamiento y simbolizar la preparación para discutir el tema del suicidio de su padre/madre, se solicitará a los participantes que realicen un "ritual" en sus hogares, antes de ir a la sesión. Este ritual consistirá en la preparación de una mochila o similar con determinados elementos necesarios para el encuentro (bolígrafo, lápiz, cuaderno, fotografía familiar, canción conmemorativa o la preferida de la persona fallecida...), con la intención de representar visualmente la preparación para abordar el tema del suicidio.

Además de las sesiones destinadas a los hijos/hijas de las personas fallecidas por suicidio, se llevarán a cabo 3 sesiones dirigidas al grupo de progenitores supervivientes, que también han experimentado una pérdida significativa. La inclusión de estas sesiones se considera relevante no solo para que los padres/madres puedan colaborar en el proceso de duelo de sus hijos/hijas, sino también para recibir orientación y pautas para su propio proceso de duelo. Estos encuentros representan un espacio donde se brinda la oportunidad de conocer a otros individuos que se encuentran en una situación similar, lo que puede servir como referencia y ofrecer apoyo mutuo durante este difícil proceso de duelo.

Sesiones para los grupos de hijos e hijas

a. Sesión 1

La primera sesión inicialmente se enfocará en presentar el programa y las diferentes sesiones, tanto a los niños como a los padres, explicando su duración, cómo se estructurarán las sesiones, qué temas se tratarán y cómo. Posteriormente, se procederá a dividir a los participantes en grupos en función de sus edades.

Una vez formados los grupos, se dedicará un tiempo a facilitar que los miembros de cada grupo se conozcan entre sí a través de dinámicas diseñadas para generar un ambiente de confianza y comodidad, dado el carácter inusual del contexto en el que se encuentran.

A continuación, en cada grupo, la profesional de la psicología sanitaria a cargo de la sesión guiará una discusión sobre la percepción y comprensión que tienen los participantes acerca del suicidio y el duelo. Esta etapa permitirá ofrecer psicoeducación, abordando conceptos fundamentales como la definición del suicidio, explorando las razones por las que las personas pueden contemplar consumarlo y destacando los aspectos comunes del proceso de duelo, al mismo tiempo que se resalta la singularidad y la particularidad de cada caso.

Además, se abordarán estrategias usuales y efectivas para manejar el dolor, así como las variaciones naturales en los sentimientos, pensamientos y emociones que pueden experimentarse durante el proceso de duelo. Este espacio permitirá ofrecer herramientas y recursos a los participantes para comprender y afrontar de manera adaptativa las distintas etapas del duelo por la pérdida de un ser querido debido al suicidio.

La sesión concluirá con un espacio de 15-20 minutos destinado a actividades o juegos adaptados a la edad de los participantes. El propósito principal de esta actividad es permitir que los niños y adolescentes regresen a un estado emocional más relajado y confortable, evitando llevar consigo una carga emocional excesiva por lo discutido durante la sesión.

Además, este tiempo les brindará la oportunidad de interactuar de manera informal con los otros miembros del grupo, fomentando la creación de relaciones sociales que podrían convertirse en fuentes de apoyo mutuo una vez finalizado el programa. Esta interacción en un ambiente más distendido puede contribuir significativamente a la construcción de relaciones interpersonales más estrechas entre los participantes, ofreciendo un espacio donde compartir experiencias, preocupaciones y estrategias de afrontamiento de manera más relajada y natural.

b. Sesión 2

En la segunda sesión, se pretende ofrecer a los menores un espacio individual dentro del grupo para que puedan elaborar su propia narrativa sobre los eventos que desembocaron en el suicidio de uno de sus padres y los acontecimientos posteriores. La presencia y orientación del psicólogo o psicóloga será esencial para facilitar que cada participante construya una historia comprensible y significativa, permitiéndoles asimilar y aceptar la realidad de la pérdida, e integrarla de manera adaptativa en sus vidas. Esta actividad es de gran relevancia para todos los grupos de edad, aunque cobra mayor importancia en los participantes más jóvenes, quienes aún están en proceso de comprensión del concepto de muerte como algo definitivo e irreversible. Se abordará también el momento del funeral, explorando los recuerdos y las emociones asociadas a este evento específico.

Cada participante trabajará en su propia narrativa, que posteriormente podrá ser compartida en grupo. Esto permitirá que los participantes visualicen las diferentes situaciones que cada uno vive y encuentren elementos comunes o modelos que les ayuden a comprender y procesar su experiencia.

Al finalizar la actividad, se solicitará a los menores que recuerden a la persona que se suicidó y que identifiquen aspectos físicos, de personalidad, actitud, entre otros, que les agradaran o con los cuales se identifiquen. Este ejercicio busca reforzar los recuerdos positivos de la persona fallecida y fomentar la conexión emocional con los aspectos que los participantes valoraban o compartían con su ser querido y también traer a la memoria alguna anécdota graciosa que hayan compartido.

La sesión concluirá con 15-20 minutos de actividades o juegos adaptados a la edad de los participantes. El objetivo principal es que los niños/niñas y adolescentes vuelvan a sentirse relajados y cómodos, evitando llevar consigo una carga emocional tras la sesión. Además, este tiempo les permite interactuar informalmente, creando relaciones sociales que podrían convertirse en apoyo mutuo en el futuro. Asimismo, fomenta compartir experiencias y estrategias de afrontamiento de manera más relajada y natural.

c. Sesión 3

La tercera sesión tiene como objetivo principal ayudar a los participantes a elaborar un sentido de su "nueva normalidad", reconociendo y evaluando los cambios ocurridos a nivel familiar, personal, escolar, social... después de la pérdida de un ser querido. Junto al proceso de duelo, estas personas enfrentan el desafío de adaptarse a la vida cotidiana con la ausencia de esa persona significativa. En el ámbito familiar, los roles de cada miembro se ven afectados por la pérdida, lo que implica la reorganización y redistribución de estas dinámicas, representando un reto para los niños/niñas y adolescentes en duelo. Por tanto, durante esta sesión se les ofrece la oportunidad de compartir y reflexionar sobre las nuevas características de su día a día, identificar los cambios que experimentan otros participantes en situaciones similares, y dialogar sobre cómo estos cambios han afectado a sus vidas y los sentimientos generados al respecto.

Al finalizar la sesión, se destinarán entre 15 y 20 minutos para llevar a cabo actividades o juegos adaptados a la edad de los participantes. El propósito principal es el mismo que en las sesiones anteriores (aliviar la carga emocional de la sesión y potenciar la creación de relaciones sociales entre ellos).

d. Sesión 4

El tema del suicidio y su posterior intervención todavía está rodeado por un fuerte estigma social, lo que lleva a que las personas generalmente eviten hablar abiertamente sobre el tema. Esta falta de diálogo dificulta la normalización de la discusión sobre el suicidio, lo que a su vez limita la capacidad de los niños y adolescentes para hacer preguntas abiertas sobre todos los aspectos relacionados. Además, las personas (familiares y amistades) del entorno de estos jóvenes también están atravesando un proceso de duelo, lo que significa que no siempre están disponibles para abordar estos temas delicados.

Por tanto, tras haber recibido información sobre el suicidio y su duelo, haber desarrollado su propia narrativa y haber escuchado las experiencias de otros, se les proporcionará un espacio seguro y sin juicios para que los chicos puedan hablar y preguntar de manera libre y abierta sobre cualquier aspecto relacionado con el suicidio y su proceso de duelo. Este espacio se concibe con la finalidad de tratar asuntos que puedan no haber quedado claros,

así como para compartir pensamientos, dudas o situaciones específicas que los participantes puedan estar experimentando, siempre respetando la privacidad y las experiencias de sus compañeros.

Además, se les invitará a redactar hasta cinco preguntas que deseen hacer a las personas que los acompañan en el proceso y que hasta el momento no se hayan atrevido a plantear, las cuales serán respondidas en sesiones sucesivas. De manera recíproca, los acompañantes también tendrán la oportunidad de formular preguntas a los menores en duelo en un ambiente de confianza y apertura, con el objetivo de fomentar un diálogo comprensivo y significativo entre ambas partes.

Como en las sesiones anteriores, se finaliza con actividades lúdicas durante 15-20 minutos, destinadas a generar un ambiente más distendido después de la sesión, fomentar la interacción informal, facilitar la creación de relaciones sociales que podrían convertirse, como ya se ha anticipado, en un apoyo mutuo, promoviendo un intercambio más relajado de experiencias.

e. Sesión 5

La quinta sesión se introducirá con un resumen de las sesiones que se han tenido hasta el momento, rematando este momento con un periodo designado a responder a las preguntas que sus familiares les plantearon en su segunda sesión (coincidente con la cuarta sesión de los menores).

A continuación, el enfoque de la sesión estará dirigido a la elaboración del dolor inherente al proceso de duelo. Aunque este tema ha sido transversalmente tratado en sesiones anteriores y se ha ofrecido información durante la sesión de psicoeducación, ahora nos centraremos específicamente en reconocer y aceptar cómo cada uno de los participantes está experimentando su propio proceso de duelo. Durante esta sesión, se pondrá un fuerte énfasis en la identificación y expresión de emociones, elementos fundamentales para mejorar la comunicación entre los participantes y su entorno.

Para facilitar este proceso, se empleará la técnica del "termómetro de las emociones", donde se les solicitará asignar una intensidad emocional a sus sentimientos, representados en

un dibujo de un termómetro, desde una temperatura más fría hasta un nivel de calor más intenso. Esta actividad permitirá a los menores identificar y clasificar sus emociones en un espectro, promoviendo el desarrollo de la conciencia emocional y el autocontrol.

Además, se ofrecerán recursos como la escritura, animándolos a expresar en su cuaderno sus sensaciones, emociones, miedos, dificultades y cualquier sentimiento que les evoquen determinadas situaciones. En el caso de los más pequeños, se les invitará a expresar estos mismos sentimientos a través de dibujos, proporcionando un medio alternativo para expresar y procesar sus emociones.

Este ejercicio permitirá que los participantes comprendan y reconozcan sus propias emociones, lo que facilitará una mejor comprensión mutua. Además, les proporcionará herramientas para identificar y expresar sus necesidades de una manera más efectiva. Este proceso es crucial para poder gestionar y abordar las necesidades emocionales individuales. La gestión de estas emociones y el afrontamiento serán desarrolladas en la sesión del programa consecutiva.

Como en las sesiones anteriores, se finaliza con actividades lúdicas durante 15-20 minutos, destinadas a generar un ambiente más distendido después de la sesión y a fomentar la interacción informal como ya se ha apuntado previamente.

f. Sesión 6

Una vez se hayan abordado las técnicas de identificación y expresión emocional, se buscará proporcionar a los niños y adolescentes estrategias de regulación emocional. Estas herramientas les ayudarán a manejar de manera más efectiva las diversas emociones que experimentan durante el proceso de duelo, así como en situaciones cotidianas y futuras.

En primer lugar, cada miembro del grupo describirá si dispone de alguna técnica o recurso personal que le resulte útil cuando enfrenta emociones desagradables, con el objetivo de compartirlo como un modelo o ejemplo para sus compañeros.

Posteriormente, se explicarán otras estrategias que podrían ser beneficiosas. Se llevarán a cabo ejercicios de *mindfulness*, como la meditación de "la sonrisa interior" o la práctica de

los 5 sentidos, dirigidos a reducir los niveles de tensión. Además, se enseñará la técnica de la tortuga, especialmente útil para momentos de ira o enfado, que consiste en adoptar la actitud de una tortuga que se esconde en un caparazón representada recogiendo los brazos y las piernas para protegerse. Mientras se encuentran en esa posición, se les propone dedicar un tiempo para relajarse y decidir cómo actuar.

Como en las sesiones anteriores, se finaliza con actividades lúdicas durante 15-20 minutos, en aras a potenciar la creación de relaciones sociales que funcionen como apoyo mutuo.

g. Sesión 7

En esta sesión, la intención es reunir los conocimientos adquiridos durante las sesiones anteriores para proporcionar soporte durante el proceso de duelo en el que se encuentran. Utilizando la información y los aprendizajes obtenidos, cada individuo elaborará su propio "*kit de cuidados*". Para ello emplearán una caja de cartón, en la que incluirán información que consideren relevante, consejos prácticos que les sean útiles, recordatorios significativos, estrategias para afrontar diversas emociones y también referencias sobre a quién acudir en momentos de necesidad.

También se les explicará la utilidad de mantener rutinas y la importancia de empezar, continuar o retomar las actividades que les resulten satisfactorias como una forma de sostén durante su proceso de duelo. Estas actividades se pondrán en común y se anotarán en una hoja; en concreto, se especificará cada actividad, cuándo realizarla y cómo llevarla a cabo.

Como en las sesiones anteriores, se finaliza con actividades lúdicas durante 15-20 minutos destinadas a generar un ambiente más distendido después de la sesión.

h. Sesión 8

En la sesión final del programa, se llevará a cabo una reunión conjunta entre los niños/adolescentes y sus familias. La sesión se iniciará con el intercambio de las preguntas previamente respondidas entre progenitores supervivientes acompañantes y los menores. Se resaltará la importancia de este intercambio como un punto de partida para establecer canales

de comunicación abiertos que puedan ser continuados fuera del programa, permitiendo la expresión de dudas, inquietudes, sentimientos y miedos en su vida diaria.

En la segunda parte de este encuentro, se planteará la cuestión crucial de "¿Cuál es mi futuro?" o "¿Cómo quiero que sea mi futuro?". Para explorar esta cuestión, se pedirá a cada participante que redacte una carta dirigida a su "yo" del futuro, comenzando las frases con expresiones tales como "Quiero...", "Deseo...", "Voy a...".

En estas cartas, los menores plasmarán sus aspiraciones, deseos y objetivos para el futuro. Expresarán sus metas personales, las cosas que esperan lograr o experimentar en su vida. Posteriormente, se determinará una fecha específica en la que cada individuo abrirá y leerá la carta que escribió para sí mismo.

Este ejercicio no solo les permite visualizar y expresar sus anhelos y metas, sino que también establece un compromiso personal con su propio desarrollo y bienestar a largo plazo. Además, al determinar una fecha para abrir la carta en el futuro, se crea una oportunidad para reflexionar sobre el progreso personal y evaluar cómo han evolucionado sus perspectivas y objetivos a lo largo del tiempo.

Sesiones para el grupo de progenitores supérstites

Las sesiones destinadas a los padres y madres acompañantes se dividen en tres encuentros, con el propósito de permitirles conocerse entre sí y encontrar apoyo y referencia en un grupo con situaciones y preocupaciones similares. Al igual que en el caso de los niños, es esencial que sientan que no están solos en su experiencia y que haya un espacio para fortalecer la resiliencia, adquirir recursos y habilidades para acompañar a sus hijos en el proceso de duelo.

En la primera sesión, se les invitará a expresar su estado emocional actual en relación con el suicidio, respecto a sus hijos/hijas y las preocupaciones y temores que puedan estar experimentando. A lo largo de la sesión, se complementará su relato con sesiones de psicoeducación, donde se abordarán conceptos clave sobre el suicidio y el proceso de duelo. Se ofrecerá información sobre las respuestas habituales al duelo tanto en adultos como en

niños/adolescentes, y se resaltarán y normalizarán cada una de las reacciones emocionales, tanto de los padres/madres como de sus hijos/hijas. Al finalizar, se les proporcionarán recomendaciones de lecturas relacionadas con el suicidio y el duelo, que podrán utilizar para complementar lo trabajado en las sesiones y explorar con sus hijos/hijas.

En la segunda sesión, coincidiendo temporalmente con la cuarta sesión de sus hijos/hijas, se abordará cómo los niños/niñas y adolescentes comprenden y experimentan el duelo, y cómo los padres pueden ofrecerles apoyo. Se proporcionarán estrategias específicas para respaldar a sus hijos en este proceso. Además, se les invitará a escribir preguntas que no se hayan atrevido a plantear a sus hijos e hijas con respecto a esta situación, de la misma forma en la que los menores también realizarán esta actividad con sus padres. En este caso, al finalizar se les entregará las preguntas que los menores plantearon y se les propondrá como tarea para casa responder a dichas cuestiones. Como recomendación, se les sugerirá realizarlo en un momento y entorno tranquilos y, si lo prefieren, acompañados de alguna persona de confianza si esto facilita su realización.

En la última sesión del grupo de padres separada de la de sus hijos, se les invitará a crear un "kit de cuidados". Este kit les permitirá recopilar anotaciones, recordatorios, consejos y recursos que hayan encontrado útiles durante las sesiones, y que puedan emplear tanto en el proceso de duelo como en situaciones futuras. Este conjunto de herramientas servirá como una guía personalizada para apoyar a sus hijos y manejar sus propias emociones y experiencias.

Conclusiones

La realización de la presente revisión nos permite extraer una serie de conclusiones sobre el trauma que supone vivenciar el suicidio de un progenitor. En relación con el objetivo de indagar las secuelas y efectos que sufren los niños y adolescentes tras enfrentar el suicidio de su padre o de su madre durante estas etapas críticas de sus vidas, las investigaciones de los últimos 15 años han abordado y han encontrado primordialmente las consecuencias vinculadas a la aparición de trastornos mentales y comportamientos suicidas. Además, han surgido otras líneas de investigación muy interesantes tales como las futuras implicaciones en la delincuencia o las repercusiones en su rendimiento y ejecución en las diferentes etapas formativas.

La mayoría de la evidencia recopilada sugiere que el suicidio parental durante la infancia o adolescencia se asocia con un incremento en el desarrollo de trastornos psiquiátricos, en concreto, se destaca la probabilidad de padecer trastornos afectivos, especialmente, depresión.

Se señalan también repercusiones sobre la propia vida del menor; esto es, un aumento del riesgo de desarrollar conductas suicidas, desde autolesiones o intentos de suicidio hasta suicidio consumado. A este respecto, se observa un aumento del riesgo de quitarse la vida cuando quien se suicida es la madre.

Se han encontrado otras consecuencias negativas para los menores, tales como un aumento de la probabilidad de cometer conductas delictivas, una mayor afectación en el

sistema de respuesta al estrés, un mayor sentido de pertenencia al grupo de referencia frustrado, una menor probabilidad de completar niveles educativos (ESO, FP, universidad), una mayor probabilidad de consumir antidepresivos y, finalmente, un mayor riesgo de morir por cualquier causa además del suicidio (enfermedades infecciosas, afecciones del sistema digestivo, respiratorio, trastornos mentales...).

En función de la edad y periodo de desarrollo en el que los descendientes se encuentren, se ha observado una mayor gravedad del impacto del suicidio paterno o materno cuando el duelo ocurre en la infancia, tanto tardía como temprana. Si bien existe un importante riesgo de padecer problemas relacionados con la salud mental y el funcionamiento social (trastornos psicológicos, conductas suicidas) en todos los periodos, este disminuye a medida que los hijos e hijas tienen una mayor edad cuando su progenitor fallece. Esto revela la necesidad de prestar especial atención a los más jóvenes cuando sucede una muerte en estas condiciones, para así poder amortiguar sus repercusiones.

Es innegable que haber experimentado una vivencia como el suicidio de un padre o una madre durante la infancia o adolescencia es un evento con un gran potencial traumático, y en consecuencia, un potente disparador de consecuencias negativas en las diferentes áreas personales; la literatura pone de manifiesto que estos niños y niñas están en situación de gran vulnerabilidad, porque, además de los cambios negativos que se producen como consecuencia del suicidio, está el hecho de que las personas más cercanas, aquellas que pueden servir de acompañamiento, ayuda y apoyo, también están pasando por un proceso de duelo, lo que complica más la situación que tiene que afrontar el menor.

Por este motivo no resulta baladí que la postvención se realice de manera integral, involucrando a toda la estructura familiar y proporcionando recursos a los padres, madres, familiares o cuidadores sobrevivientes. Estos individuos son quienes estarán presentes en la vida cotidiana de los niños/as y adolescentes y, por ende, pueden servir como modelos de referencia y sostén esencial durante este difícil periodo.

Un buen punto de partida es dar continuidad a las actuales líneas de investigación con el propósito de explorar con mayor profundidad las implicaciones inherentes de este tipo particular de duelo. Además, resulta fundamental profundizar en el análisis de las variables que pueden promover o dificultar la adquisición de recursos, la aplicación efectiva de estrategias

de afrontamiento, una integración saludable del proceso de duelo, así como la construcción de un futuro más alentador para los niños y adolescentes afectados por este evento traumático. Este enfoque permitiría un entendimiento más exhaustivo y detallado de los factores que inciden en la vida de estos individuos tras haber experimentado el suicidio de uno de sus progenitores, lo que facilitaría, en último término, desarrollar y poner a prueba intervenciones específicas para esta población con garantías de éxito.

Limitaciones y directrices futuras

Los resultados obtenidos en la presente revisión bibliográfica deben interpretarse teniendo en cuenta las siguientes limitaciones:

- La principal limitación es que muchas muestras están compuestas por niños/niñas, adolescentes y adultos jóvenes y se analizan los resultados de forma conjunta y, aunque la mayor parte de la muestra la componen menores, dificulta extraer conclusiones claras sobre las consecuencias en cada etapa vital.
- Algunos estudios incluyen la muerte por suicidio dentro del conjunto de “muertes violentas”, por lo que no se pueden extraer las consecuencias de esta causa de muerte, cargada de significado y connotaciones particulares.
- La mayoría de los artículos obtienen la información de manera retrospectiva, por lo que se puede perder información sobre la experiencia vivida a lo largo del tiempo.
- Los artículos apenas tienen en cuenta variables mediadoras y moderadoras, que permitan explicar las relaciones entre el suicidio paterno/materno en la infancia y adolescencia y sus consecuencias y bajo qué condiciones ocurren estas asociaciones.
- La clara dificultad para realizar investigaciones con este objeto de estudio, motivo por el que la literatura no es muy prolija, y que se explica fundamentalmente por ser un

tema todavía rodeado de mucho estigma y cuya población se encuentra en un momento muy vulnerable, con todas las dificultades éticas que ello implica.

Por otro lado, la propuesta de intervención que se desarrolla en este trabajo no está exenta de ciertas limitaciones:

- La más importante hace referencia a que, a pesar de que hay varias propuestas de diferentes autores, no se ha obtenido evidencia fuerte de su eficacia/eficiencia.
- Es una intervención en grupo, por lo que se requiere de un mínimo de participantes para llevarla a cabo, lo cual puede dejar desatendidos casos graves cuando no hay personas suficientes para conformar un grupo. Además, es preciso que el grupo esté comprometido, que asistan a las sesiones y se impliquen e intervengan en las actividades propuestas.

De cara a futuras investigaciones, resulta fundamental continuar desarrollando las líneas de estudio que han comenzado a explorar áreas como las implicaciones en la delincuencia o las repercusiones en el desempeño académico y educativo de los niños y adolescentes afectados. Sería provechoso diseñar investigaciones focalizadas exclusivamente en niños, así como en adolescentes, ya que muchas muestras hasta la fecha han incluido también a adultos, lo que limita la comprensión específica de cada etapa vital.

Además, sería de interés identificar las variables mediadoras y moderadoras en la vida de estos jóvenes que podrían influir en las características del proceso de duelo y, por ende, en las consecuencias futuras. Para lograrlo, sería recomendable aumentar el número de investigaciones longitudinales, permitiendo observar los cambios en las variables analizadas a lo largo del tiempo. Sería valioso considerar las circunstancias y el entorno familiar de los descendientes antes del suicidio, dado que estos niños y adolescentes pueden haber estado expuestos a personas con alta probabilidad de trastornos mentales o con una visión negativa de la vida, aspectos que podrían impactar en su propio desarrollo biopsicosocial.

Estos aspectos resultan primordiales para el diseño de intervenciones específicas que encaren las necesidades de este grupo vulnerable en un momento tan importante de su desarrollo, con el fin de minimizar las consecuencias negativas en sus vidas, integrar esta dolorosa experiencia y maximizar su bienestar futuro. Asimismo, es imperativo evaluar y

obtener certeza sobre la eficacia de las intervenciones propuestas, ya que, si bien se han planteado diversas propuestas, la falta de evidencia sólida limita la seguridad en su aplicación.

Referencias bibliográficas

- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*.
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis*, 30(1), 43-47.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.30.1.43>
- Andriessen, K., Draper, B., Dudley, M., y Mitchell, P. B. (2015). Bereavement after suicide: Disentangling clues to better help bereaved adolescents: Disentangling clues to better help bereaved adolescents. *Crisis*, 36(5), 299-303. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000339>
- Andriessen, K., y Krysinska, K. (2012). Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(1), 24-32. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010024>
- Andriessen, K., Krysinska, K., y Grad, O. T. (Eds.). (2017). *Postvention in action 2017: The international handbook of suicide bereavement support*. Hogrefe Publishing.

Appel, C. W., Johansen, C., Christensen, J., Frederiksen, K., Hjalgrim, H., Dalton, S. O., Dencker, A., Dige, J., Bøge, P., Dyregrov, A., Mikkelsen, O. A., Lund, L. W., Høybye, M. T., y Bidstrup, P. E. (2016). Risk of use of antidepressants among children and young adults exposed to the death of a parent. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 27(4), 578-585. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000481>

Appel, C. W., Johansen, C., Deltour, I., Frederiksen, K., Hjalgrim, H., Dalton, S. O., Dencker, A., Dige, J., Bøge, P., Rix, B. A., Dyregrov, A., Engelbrekt, P., Helweg, E., Mikkelsen, O. A., Høybye, M. T., y Bidstrup, P. E. (2013). Early parental death and risk of hospitalization for affective disorder in adulthood. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 24(4), 608-615. <https://doi.org/10.1097/ede.0b013e3182915df8>

Berg, L., Rostila, M., y Hjern, A. (2016). Parental death during childhood and depression in young adults – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(9), 1092-1098. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12560>

Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110-116. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.2010.00009.x>

Braiden, H. J., McCann, M., Barry, H., y Lindsay, C. (2009). Piloting a therapeutic residential for children, young people and families bereaved through suicide in northern Ireland. *Child Care in Practice : Northern Ireland Journal of Multi-Disciplinary Child Care Practice*, 15(2), 81-93. <https://doi.org/10.1080/13575270802685344>

Brent, D., Melhem, N., Donohoe, M. B., y Walker, M. (2009). The incidence and course of depression in bereaved youth 21 months after the loss of a parent to suicide, accident,

or sudden natural death. *The American Journal of Psychiatry*, 166(7), 786-794.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081244>

Burrell, L. V., Mehlum, L., y Qin, P. (2020a). Educational attainment in offspring bereaved by sudden parental death from external causes: a national cohort study from birth and throughout adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(6), 779-788. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01846-4>

Burrell, L. V., Mehlum, L., y Qin, P. (2020b). Parental death by external causes and risk of hospital-treated deliberate self-harm in bereaved offspring. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(4), 539-548. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01534-3>

Burrell, L. V., Mehlum, L., y Qin, P. (2021). Parental death by external causes during childhood and risk of psychiatric disorders in bereaved offspring. *Child and Adolescent Mental Health*, 27(2), 122-130. <https://doi.org/10.1111/camh.12470>

Carr, M. J., Mok, P. L. H., Antonsen, S., Pedersen, C. B., y Webb, R. T. (2020). Self-harm and violent criminality linked with parental death during childhood. *Psychological Medicine*, 50(7), 1224-1232. <https://doi.org/10.1017/s0033291719001193>

Clarke, M. C., Tanskanen, A., Huttunen, M. O., y Cannon, M. (2013). Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder. *Schizophrenia Research*, 143(2-3), 363-366. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.024>

Daigle, M. S., y Labelle, R. J. (2012). Pilot evaluation of a group therapy program for children bereaved by suicide. *Crisis*, 33(6), 350-357. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000147>

Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2022). *Observatorio del suicidio en España*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022/>

Dietz, L. J., Stoyak, S., Melhem, N., Porta, G., Matthews, K. A., Walker Payne, M., y Brent, D. A. (2013). Cortisol response to social stress in parentally bereaved youth. *Biological Psychiatry*, 73(4), 379-387. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.08.016>

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126.

Guldin, M.-B., Li, J., Pedersen, H. S., Obel, C., Agerbo, E., Gissler, M., Cnattingius, S., Olsen, J., y Vestergaard, M. (2015). Incidence of suicide among persons who had a parent who died during their childhood: A population-based cohort study. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 72(12), 1227. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2094>

Jordan, J. R., y McIntosh, J. L. (Eds). (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York, NY: Routledge.

Jakobsen, I. S., y Christiansen, E. (2011). Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(2), 176-183. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02298.x>

Journot-Reverbel, K., Raynaud, J.-P., Bui, E., y Revet, A. (2017). Support groups for children and adolescents bereaved by suicide: Lots of interventions, little evidence. *Psychiatry Research*, 250, 253-255. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.077>

- Krysinska, K., Currier, D., y Andriessen, K. (2023). Evaluation of a new online program for children bereaved by suicide: The views of children, parents, and facilitators. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2185559>
- Kuramoto, S. J., Brent, D. A., y Wilcox, H. C. (2009). The impact of parental suicide on child and adolescent offspring. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39(2), 137-151. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.2.137>
- Kuramoto, S. Janet, Runeson, B., Stuart, E. A., Lichtenstein, P., y Wilcox, H. C. (2013). Time to hospitalization for suicide attempt by the timing of parental suicide during offspring early development. *JAMA Psychiatry (Chicago, Ill.)*, 70(2), 149-157. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.274>
- Li, J., Vestergaard, M., Cnattingius, S., Gissler, M., Bech, B. H., Obel, C., y Olsen, J. (2014). Mortality after parental death in childhood: a nationwide cohort study from three Nordic countries. *PLoS Medicine*, 11(7), e1001679. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001679>
- Mann, M., Kiseleva, M., Searchfield, L., Mazzaschi, F., Jones, R., Lifford, K., Weightman, A., John, A., Lewis, R., Edwards, R. T., Davies, J., Cooper, A., y Edwards, A. (2023). What are the most effective interventions to support children and young people bereaved by suicide in the family: a rapid review. En *bioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2023.09.13.23295481>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

- Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pfeffer, C. R., Jiang, H., Kakuma, T., Hwang, J., y Metsch, M. (2002). Group intervention for children bereaved by the suicide of a relative. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 505-513. <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00007>
- Roley-Roberts, M. E., Hill, R. M., Layne, C. M., Goldenthal, H., y Kaplow, J. B. (2019). Cause of caregiver death and surviving caregiver coping style predict thwarted belongingness in bereaved youth. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(3), 455-470. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1470949>
- Rostila, M., Berg, L., Arat, A., Vinnerljung, B., y Hjern, A. (2016). Parental death in childhood and self-inflicted injuries in young adults-a national cohort study from Sweden. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(10), 1103-1111. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0833-6>
- Silvén Hagström, A. (2021). A narrative evaluation of a grief support camp for families affected by a parent's suicide. *Frontiers in psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.783066>

- Spuij, M., Dekovic, M., y Boelen, P. A. (2015). An open trial of ‘grief-Help’: A cognitive-behavioural treatment for prolonged grief in children and adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 185-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.1877>
- Veale, A. (2014). Longitudinal evaluation of a therapeutic group work intervention with suicide-bereaved children. *The Irish journal of psychology*, 35(4), 188-204. <https://doi.org/10.1080/03033910.2015.1058177>
- Wilcox, H. C., Kuramoto, S. J., Lichtenstein, P., Långström, N., Brent, D. A., y Runeson, B. (2010). Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(5), 514-523; quiz 530. <https://doi.org/10.1097/00004583-201005000-00012>

Índice de tablas

Tabla 1. Estudios incluidos en la presente revisión bibliográfica sobre las repercusiones del suicidio paterno/materno durante la infancia o adolescencia.....69

Índice de figuras

Figura 1. Aspectos del duelo en relación con el modo de muerte (tomado de Jordan y McIntosh, 2011, p. 34)	12
Figura 2. Diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios para la revisión sistemática.....	17

Anexos

Tabla 1.

Estudios incluidos en la presente revisión bibliográfica sobre las repercusiones del suicidio paterno/materno durante la infancia o adolescencia.

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Brent et al. (2009)	Conocer los efectos del duelo 21 meses después de la muerte de uno de los padres, en particular la muerte por suicidio.	176 hijos (7-25 años) de padres/madres fallecidos por suicidio, accidente o muerte súbita natural 168 cuyos padres no fallecieron. Fueron evaluados 9 y 21 meses después de la muerte.	21 meses después de la muerte: + depresión mayor y + abuso de alcohol o sustancias. Entre 9 y 21 meses: depresión cuando perdieron a uno de sus padres por suicidio > padres murieron por muerte natural súbita. Seguimiento: + riesgo de depresión cuando progenitor murió por suicidio vs. muerte natural.
Kuramoto et al. (2010)	Examinar si el riesgo de morbilidad psiquiátrica que requería hospitalización era mayor para los hijos de padres suicidas que para los hijos de fallecidos en accidentes graves, y si la asociación variaba en función del sexo del progenitor fallecido.	5.600 niños y adolescentes (0 a 17 años) que sufrieron suicidio materno 17.847 niños y adolescentes (0 a 17 años) que sufrieron suicidio paterno <18 cuando falleció su padre/madre.	<ul style="list-style-type: none"> - Suicidio materno ↑ sig. riesgo de hospitalización por intento de suicidio en descendencia (vs. fallecidos por accidente). - Descendencia de fallecidos por suicidio paterno (no materno) + riesgo hospitalización por trast. depresivos y de ansiedad. - Suicidio materno/paterno se relaciona con riesgo de hospitalización por trastornos psicóticos, personalidad, consumo de alcohol y consumo de drogas. - Descendientes de madres que murieron por suicidio + riesgo de hospitalización por intento de suicidio (vs. en accidentes). Menor riesgo y no significativo para la descendencia de fallecidos por suicidio paterno.

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Jakobsen et al. (2010)	Examinar la asociación entre la muerte de un progenitor y los posteriores intentos de suicidio de jóvenes (de 10 a 22 años), y explorar los factores sociodemográficos como factores modificadores del proceso.	72.765 personas (10-23 años; M: 17.46), de las cuales 3.465 habían cometido un intento de suicidio 69.300 sujetos de control con los que fueron emparejadas.	Muerte por suicidio de los padres → factor de riesgo significativo de los intentos de suicidio en los adolescentes.
Wilcox et al. (2010)	Examinar el riesgo de suicidio, hospitalización psiquiátrica y condenas por delitos violentos entre los descendientes de padres fallecidos por suicidio, accidentes y otras causas.	44.397 descendientes de fallecidos por suicidio; 41.467 descendientes de fallecidos por accidente; 417.365 descendientes de padres fallecidos por otras causas; 3.807.867 descendientes de padres vivos. 0-25 años – 49% mujeres – 51% hombres	Descendientes de fallecidos por suicidio (vs. padres vivos) tienen más riesgo de: – Trastornos depresivos – Trastornos psicóticos – Trastornos de personalidad – Suicidio – Condenas por delitos violentos Mayor riesgo (sig.) de suicidio para niños/adolescentes que para adultos jóvenes. No más riesgo de hospitalización por un trastorno por consumo de drogas (vs. otras causas).

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Appel et al. (2013)	Investigar la asociación entre la muerte temprana de un padre y el riesgo de hospitalización por un trastorno afectivo en la adultez.	1.225.660 personas de las cuales 138.893 sufrieron la muerte de un progenitor antes de cumplir 30 años.	<p>Personas cuyo progenitor murió por suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - + riesgo de hospitalización por un trastorno afectivo unipolar para las mujeres que perdieron a su madre en lugar de a su padre. - ↑ riesgo de hospitalización por trastorno afectivo bipolar (vs. otras causas) - solo se observa en suicidio - + riesgo de hospitalización por trastorno afectivo unipolar y el doble por trastorno afectivo bipolar. <p>↓ del riesgo de hospitalización por trastorno afectivo unipolar a mayor edad de los hijos cuando experimentan el duelo.</p>
Clarke et al. (2013)	Determinar si la exposición a un factor estresante grave y agudo durante el desarrollo temprano se asocia con una mayor incidencia de esquizofrenia y trastorno bipolar en comparación con la exposición a un factor estresante crónico.	<p>11.855 personas cuyo padre/madre o hermano/a murió antes de los 5 años.</p> <p>6.136 personas descendientes o hermanos/as de fallecidos repentinamente (2.201 por suicidio).</p> <p>5.719 personas descendientes o hermanos/as de fallecidos por enfermedad.</p>	No hubo asociación entre el suicidio paterno y la esquizofrenia, pero sí hubo una asociación marginal con el trastorno bipolar.

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Kuramoto et al. (2013)	Estudiar el tiempo de riesgo de hospitalización por intento de suicidio entre los descendientes de fallecidos por suicidio en comparación con los descendientes de fallecidos por lesiones no intencionadas, según su periodo de desarrollo en el momento de la muerte de los padres.	<p>26.096 hijos/as que sufrieron el suicidio de padre/madre antes de los 25 años</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13% entre 0-5 años (infancia temprana), - 27% entre 6-12 años (infancia tardía), - 25% entre 13-17 años (adolescencia), - 35% ocurrió 18-24 años (adultez emergente) <p>32.395 hijos/as que sufrieron el suicidio de padre/madre antes de los 25 años.</p>	<p>Descendientes que sufrieron el suicidio de sus padres durante la primera infancia → + riesgo de hospitalización por intento de suicidio 5 años después del suceso.</p> <p>Suicidio en infancia tardía + probabilidad de hospitalización por intento de suicidio que en adultez emergente.</p> <p>Descendencia que perdió a uno de sus progenitores por suicidio en primera infancia y en infancia tardía → inicio sig. más temprano de hospitalización por intento de suicidio (vs. lesión no intencionada durante los mismos periodos de desarrollo).</p>
Dietz et al. (2013)	Investigar diferencias en la respuesta del cortisol a estresores sociales agudos de duelo en función del tipo de muerte de los padres (muerte natural súbita, accidental o suicidio).	181 jóvenes (10-29 años) de 62 familias en duelo por los padres y 53 familias sin duelo.	Descendientes en duelo por suicidio paterno no presentaron reactividad al cortisol ante situaciones sociales estresantes → respuesta del sistema de estrés desadaptativa (eje HPA).

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Li et al. (2014)	Examinar la asociación entre la muerte de los padres en la infancia y la adolescencia y el riesgo posterior de mortalidad por todas las causas hasta la edad adulta temprana o media, así como la mortalidad por causas específicas.	2.789.807 niños/as nacidos en Dinamarca entre 1968-2008. 3.380.301 nacidos en Suecia entre 1973-200. 1.131.905 nacidos en Finlandia entre 1987-2007.	Mortalidad por cualquier causa → incrementada para casi todas las causas específicas de muerte paterna (no estadísticamente sig. para causas como infecciones o enfermedades del sistema nervioso). Mayor probabilidad muerte por cualquier causa en personas que perdieron a uno de sus progenitores por suicidio. Suicidio paterno → 65% más de riesgo de muerte natural infantil y un riesgo aún mayor de muerte no natural infantil. También mayor riesgo de muerte accidental infantil.
Guldin et al. (2015)	Investigar cómo la muerte de los padres en la infancia puede influir a largo plazo en el riesgo de suicidio y cómo las trayectorias de riesgo pueden diferir en función de diferentes factores.	189.094 niños/as cuyo progenitor falleció antes de que cumplieran los 18 años 1.890.940 niños cuyo progenitor no falleció antes de que cumplieran 18 años.	Riesgo de suicidio particularmente alto en niños cuyo padre falleció por suicidio. Descendientes en duelo por suicidio paterno → 82% + riesgo de suicidio (vs. muerte por accidente). Mayor riesgo en niños en duelo por el suicidio paterno (en particular materno), en los primogénitos y en los niños cuyo padre que murió antes de que cumplieran 6 años.

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Appel et al. (2016)	Investigar la asociación entre la muerte temprana de los padres (con hijos <30 años) y el uso posterior de antidepresivos.	1.124.215 personas, de las cuales 71.380 estaban en duelo. De ellas, 6.050 toman antidepresivos – 39% hombres – 61% mujeres	Suicidio paterno → + riesgo relativo consumo de antidepresivos en mujeres. Mayor riesgo consumo de antidepresivos si es pérdida materna (vs. paterna).
Berg et al. (2016)	Analizar el riesgo de depresión en adultos jóvenes con experiencia de muerte paterna en la infancia.	9.540 niños/as que experimentaron la pérdida de su madre durante la infancia. 22.313 niños/as que experimentaron la pérdida de su padre durante la infancia.	Aquellos que experimentaron suicidio materno/paterno en la infancia tuvieron mayor riesgo de hospitalización y de recibir atención ambulatoria por depresión.
Rostila et al. (2016)	Investigar si la muerte de los padres durante la infancia influye en las lesiones/envenenamientos autoinfligidos en la adultez emergente.	870.000 adultos emergentes. – 51-54% hombres – 46-49% mujeres	Suicidio materno (y muerte por abuso de sustancias) se asoció con las proporciones más altas de ingresos por autolesiones.
Roley-Roberts et al. (2019)	Buscar marcadores de riesgo para la ideación suicida examinando predictores de pertenencia frustrada al grupo de referencia en jóvenes en duelo por la muerte de un cuidador.	43 familias → 58 niños entre 7-13 años (M=9.17) – 45% mujeres (n = 26) – 55% hombres (n = 32)	Niños cuyos cuidadores murieron por suicidio tienen tasas significativamente mayores de sentido de pertenencia frustrada (6 meses después de la muerte), en comparación con niños que experimentaron la pérdida por muerte natural súbita, accidente o muerte anticipada por enfermedad.

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Burrell et al. (2020a)	Investigar la posible influencia de la muerte de los padres por causas externas en la finalización de la educación obligatoria, el bachillerato, la formación profesional y la educación universitaria o superior.	373.104 personas, de las cuales 3.692 sufrieron la muerte paterna/materna por causas externas antes de cumplir 18 años: <ul style="list-style-type: none"> - 52% hombres - 48% mujeres 	Suicidio paterno: <ul style="list-style-type: none"> - No asociado con menor probabilidad de completar la educación obligatoria - Asociado con menor probabilidad de completar el instituto y la universidad. - Única causa específica de muerte asociada a una probabilidad sig. menor de completar Formación Profesional (vs. muerte paterna por causas externas).
Burrell et al. (2020b)	Investigar la asociación entre la muerte de los padres por causas externas antes de los 18 años, las autolesiones no suicidas y las posibles diferencias entre accidentes y suicidio.	12.526 personas que recibieron tratamiento somático agudo por autolesiones no suicidas en hospitales y servicios asociados. 222.362 controles emparejados sin tratamiento registrado por DSH. <ul style="list-style-type: none"> - 56.4% mujeres (M=24.3 años) - 43.6 hombres (M=27,3 años) 	Aquellos expuestos al suicidio paterno presentan: <ul style="list-style-type: none"> - Riesgo sig. mayor de cometer autolesiones no suicidas (vs. hijos que no habían sufrido pérdida). - Más del doble de riesgo de hospitalización por cometer autolesiones no suicidas (vs. muerte en accidentes de transporte).
Carr et al. (2020)	Discernir la asociación generalizada entre la muerte de los padres y los riesgos de resultados adversos posteriores.	1.698.821 personas: <ul style="list-style-type: none"> - 51.3% hombres - 48.7% mujeres De ellas, 52.589 cuyo padre/madre falleció antes de cumplir 15 años.	Riesgo años después del suicidio + altos en aquellos que perdieron a ambos padres por cualquier causa y en aquellos que perdieron a su madre por una causa no natural de muerte diferente al suicidio. Riesgo elevado de actividades criminales violentas en todos los grupos que experimentaron la muerte de un padre/madre durante la infancia → Valores más altos cuando la causa de muerte no natural era diferente al suicidio.

Autoría y año	Objetivo	Muestra	Principales Resultados
Burrell et al. (2021)	Investigar la asociación entre la muerte de los padres por causas externas durante la infancia y adolescencia y el riesgo de trastornos psiquiátricos en la descendencia en duelo.	655.477 personas, de las cuales 4.723 experimentaron la muerte de un padre por causas externas antes de cumplir 18 años. <ul style="list-style-type: none">- 48% mujeres- 52% hombres	El suicidio de los padres se asoció con tener más del doble de probabilidad de desarrollar un trastorno psiquiátrico. Se asoció a un riesgo significativamente mayor de todos los diagnósticos específicos investigados; mientras que la muerte debida a accidentes de transporte sólo se asoció a un riesgo significativamente mayor de trastornos por consumo de sustancias.

