

El terapeuta y el equipo luego del suicidio del paciente

The therapist and the team after the patient suicide

Rodrigo Díaz Olguín
Universidad de Concepción, Chile

(Rec: agosto de 2022- Acept: agosto de 2023)

Resumen

El suicidio de un paciente es una situación que puede afectar el bienestar del terapeuta y su equipo de trabajo. En esta relación pueden confluir características específicas de la clínica suicida (por ejemplo, la baja predicción inherente al suicidio), del profesional (por ejemplo, género, experiencia, capacitación) y del equipo profesional (por ejemplo, problemas de comunicación, discusión clínica y valoración de aspectos del caso clínico). La forma del impacto puede incluir desde reacciones normales en el caso del duelo por suicidio, hasta fenómenos de estrés postraumático, experiencia suicida y cambios en el desempeño profesional. A partir de la literatura revisada, se señalan algunas sugerencias generales para ser consideradas al interior de los equipos de salud.

Palabras claves: suicidio, suicidio de un paciente, apoyo a los equipos

Abstract

The suicide of a patient can affect the well-being of the therapist and their team. Specific characteristics of the suicidal clinic –for example, the low prediction inherent to suicide– of the professional –for example, gender, experience, training– and of the professional team –for example, communication problems, clinical discussion, and assessment of aspects of the clinical case. The form of the impact can range from normal reactions in the case of bereavement due to suicide to post-traumatic stress, suicidal experiences, and changes in professional performance.

Some general suggestions are pointed out based on the reviewed literature for consideration within the health teams.

Keywords: suicide, patient suicide, team support

Introducción

El suicidio de un paciente puede afectar el bienestar del terapeuta y su equipo de trabajo. En una investigación clásica, Robert E. Litman (1965) estudió las respuestas de más de 200 psicoterapeutas respecto de la pérdida de sus pacientes por suicidio, concluyendo que los clínicos reaccionan “en primera instancia como seres humanos, tanto como lo hacen otras personas y, en segunda instancia, de acuerdo con su rol especial en la sociedad” (1965, p.572). Litman especuló que la intensidad de la relación del clínico con el fallecido se correlaciona con las reacciones de los terapeutas, planteando que el dolor podría afectar al rol profesional y sugiriendo que la discusión grupal con colegas podría ser útil. Litman observó que ese dolor no necesariamente es negativo pues, con el soporte adecuado, también puede llegar a promover una mayor sensibilidad clínica e incluso motivar contribuciones a otros profesionales en el área.

Con un norte similar y esperando que sirva como insumo para la reflexión y el logro de acuerdos orientados al cuidado y bienestar personal de los profesionales que trabajan en salud mental, el presente trabajo se estructura en tres puntos. En primer lugar, se expondrán las características del trabajo y del profesional que podrían relacionarse con el aumento de estrés e impacto por la muerte del paciente en una clínica del comportamiento suicida. En segundo lugar, se caracterizará el impacto que puede generar este tipo de muerte en los profesionales y equipos de trabajo. Por último, se discutirán brevemente algunas posibles indicaciones que la literatura revisada sugiere.

Características del trabajo junto a personas que presentan comportamiento suicida

El estrés en los equipos de salud mental puede asociarse al empeoramiento de su funcionamiento y al aumento de indicadores individuales de alteraciones de salud mental y satisfacción laboral (Prosser et al, 1996). Entre las situaciones que pueden aumentar considerablemente el estrés se encuentra el trabajo con comportamientos suicidas en los pacientes y particularmente, el suicidio consumado de alguno de ellos.

Entre otros factores, la construcción del estrés laboral se muestra asociada a la baja percepción de control y predicción al momento de valorar subjetivamente algunas experiencias (Tetrick & LaRocco, 1987; Rössler, 2012), que en el caso del trabajo con comportamiento suicida puede aludir a características inherentes de este tipo de clínica. Por ejemplo, estudios han señalado que una alta proporción de pacientes que han muerto por suicidio negaron a los profesionales haber tenido pensamientos suicidas antes de su muerte (Barraclough et al, 1974; Busch, Fawcett & Jacobs, 2003; Isometsä et al., 1995), lo que podría explicarse por el miedo a ser juzgados negativamente, no entender las preguntas, ser entrevistado con preguntas cerradas (cuyas respuestas son del tipo “sí o no”), temor a ser involucrados en un manejo psiquiátrico más restrictivo o comprometedor y la determinación de no ser frustrado en un intento (Hawton, Lascelles, Pitman, Gilbert, Silverman, 2022).

Otras características inherentes al comportamiento suicida pueden asociarse a la percepción de falta de control o predicción, y los consiguientes sentimientos de sorpresa

en los profesionales. Por ejemplo, los pacientes suelen describir los episodios de pensamientos suicidas como muy breves (Simon et al, 2001) o fluctuantes, por lo que al ser entrevistados en sesión podrían honestamente no declararlos (Hawton et al., 2022). En muchas personas, los intentos suicidas pueden estar asociados a una experiencia “volátil”, rápida y de difícil detección incluso para personas cercanas. Por ejemplo, Deisenhammer y colaboradores (2009) entrevistaron y aplicaron escalas a 82 pacientes remitidos a un hospital psiquiátrico después de un intento suicida, entrevistas que se realizaron dentro de los tres días posteriores al intento. Cerca de la mitad de los pacientes (47,6%; N=39) informaron que el período entre el primer pensamiento suicida y el intento había durado 10 minutos o menos. Aunque la mayoría de los pacientes estuvieron solos durante el intento suicida, el 76,8% (N = 63) refirió haber tenido algún tipo de contacto interpersonal antes. Estos datos apuntan a que el proceso de ideación suicida y realización de un intento puede ser, en una alta proporción, muy breve y difícil de detectar, dado que puede ocurrir una tendencia a la clausura interpersonal mientras la experiencia suicida está activa.

Además de la volatilidad, los profesionales y los pacientes podrían tener dificultades para configurar el estado de dolor y sufrimiento asociado a la experiencia suicida (Morales & Barros, 2022). La angustia y perturbación podrían impedir a los pacientes ser capaces de comprender la propia experiencia y las decisiones que toman (Verrocchio et al, 2016; Schuck et al., 2019; Morales & Barros, 2022).

Los profesionales y equipos de trabajo en salud mental en ocasiones pueden soslayar el hecho de que la ideación suicida cambia considerablemente en unas pocas horas e incluso minutos, lo que significa que alguien que actualmente experimenta bajos niveles de ideación puede no necesariamente permanecer así, especialmente, después de ser dado de alta en una contención hospitalaria o despachado luego de una atención ambulatoria. Esto es importante dado el alto riesgo asociado con el tiempo inmediatamente después del alta, cuyas primeras cuatro semanas presentan un mayor riesgo suicida que las 48 semanas restantes en el primer año después del alta (Bickley et al., 2013; Meehan et al., 2006). En esta misma línea, atendiendo a la alta variabilidad en el comportamiento suicida y basándose en la revisión de dos estudios con metodología EMA (*ecological momentary assessment*), Kleiman y colaboradores (2017) sostienen sólida evidencia de que una evaluación semanal, o incluso diaria, podría no detectar fluctuaciones importantes en la ideación suicida, debido a que cambios significativos se suelen presentar en cuestión de horas o minutos. Con una metodología similar, Coppersmith y colaboradores (2023) agregan a la rápida fluctuación, las nociones de que diferentes aspectos del pensamiento suicida como, por ejemplo, el deseo y la intención suicida, operan en diferentes escalas de tiempo y que la caracterización de la dinámica interna del pensamiento suicida depende estrechamente de la metodología de estudio empleada, lo que implica un importante desafío para futuras investigaciones.

Además, los equipos de trabajo podrían soslayar el hecho de que la ideación suicida debe ser considerada dentro de otros elementos de valoración clínica, pudiendo ser un predictor débil de la conducta suicida futura (revisar los más actuales estudios de metaanálisis de Hubers, Moaddine & Peersmann, 2018 y el de McHugh et al, 2019).

Junto con esto, otras características específicas de la experiencia suicida, como formatos de clausura interpersonal y procesos de auto-ocultamiento (Friedlander, Nazem, Fiske, Nadorff & Smith, 2012; Larson, Chastain, Hoyt, & Ayzenberg, 2015; D'Agata & Holden, 2018; Díaz Olguín, 2022), pueden contribuir tanto a la experiencia de estrés laboral de los terapeutas y sus equipos en el trabajo con experiencia suicida, como en el impacto personal de un terapeuta luego del suicidio de un paciente.

Características del profesional y equipo

En términos de diferencias individuales la investigación se ha centrado en el género, la edad, los años de experiencia, el nivel de capacitación en el área, las creencias previas y algunas características de la forma de trabajar e implicación laboral en los equipos. Aunque los resultados no han sido concluyentes, las investigaciones arrojan datos interesantes.

El género biológico de los terapeutas, entendido como hombre - mujer, podría estar asociado a diferentes impactos. Por ejemplo, aunque tanto hombres como mujeres pueden afectarse por el suicidio (Gross, 2005) y aunque no todos los estudios han encontrado diferencias entre estos grupos (McAdams & Foster, 2000), la mayoría de las investigaciones apuntan a que las mujeres resultan con niveles más altos de percepción subjetiva de fracaso y derrota (Rothes et al. 2013), de angustia (Wurst, 2010), más culpa y vergüenza, buscan más asesoría con otros profesionales y experimentan más dudas sobre su conocimiento profesional (Grad, Zavasnik & Groleger, 1997).

Con respecto a la edad o los años de experiencia, los datos sugieren que los aprendices tienen más probabilidades de experimentar el suicidio de un paciente (Ellis & Patel, 2012), más probabilidades de experimentar un proceso de duelo complicado (Gill, 2012) y otras consecuencias adversas (Hendin et al., 2000). Posibles explicaciones consideran que el suicidio de un paciente en la formación o al inicio de su trabajo clínico puede ser más difícil de elaborar (Gill, 2012) y que las expectativas y creencias del impacto de la intervención son mayores en los novatos (Ellis & Patel, 2012), lo que ha llevado a algunos autores a sugerir que una capacitación adecuada, usualmente obtenida en postítulos o postgrados, podría representar un factor protector en esta temática (Anderson & Jenkins, 2005; Gill, 2012). Otros autores sugieren una explicación alternativa, entendiendo la relación entre mayor capacitación y menor impacto como parte del crecimiento postraumático después de haber experimentado el suicidio de un paciente (Spruch-Feiner et al., 2022).

Las creencias previas pueden afectar el impacto del suicidio de un paciente. Por ejemplo, un psicólogo clínico con creencias fuertes sobre su rol de "ayuda" experimentará más conflicto y angustia después del suicidio de un paciente (Alexander et al., 2000). En una línea similar, un estudio que caracterizó el estilo relacional de los terapeutas (Castelli Dransart, Heeb, Gulfi & Gutjahr, 2015) encontró que los subgrupos llamados "anticipadores con soporte" (que orientaban la relación y su trabajo a anticipar procesos de estrés y que tenían la experiencia de soporte personal), "profesionales distantes" (quienes en general mantenían distancia emocional con sus pacientes) y "no más contacto con los pacientes" (aquellos terapeutas que habían dejado de tener contacto con sus pacientes al momento de sus muertes), mostraban menos reacciones de estrés que los subgrupos "profesionales preocupados" y "profesionales sin soporte". De estos dos, que fueron más afectados, el primero presentó reacciones moderadas de estrés. Consistía

en un subgrupo que se sentía cercano al paciente, responsable, seguían en contacto con el paciente en el tiempo de su muerte y tenían, en promedio, la relación más larga con el paciente de todos los subgrupos. La mitad de estos profesionales buscó apoyo después del suicidio del paciente (50%), y el 83,6 % refirió haber recibido apoyo suficiente. En este subgrupo, el 45,5 % eran hombres (mayor porcentaje en comparación), el 32,4 % eran psiquiatras (también el mayor porcentaje en comparación), mientras que el 28,7 % eran enfermeras (menor porcentaje) y el 77,5 % trabajaba en un entorno institucional (porcentaje más bajo). El subgrupo más afectado por la muerte de un paciente fue el último mencionado, el denominado "profesionales sin soporte". En este subgrupo el apoyo recibido fue calificado como insuficiente, aunque el 54,0% buscó apoyo. Todos se sentían cercanos al paciente fallecido, pero solo una minoría (17,6 %, porcentaje más bajo) era responsable de él/ella. Los profesionales de este subgrupo enfrentaron mayor número de suicidios que otros subgrupos (3,2%, mayor porcentaje), y recibieron menos formación teórica (33,4 %) y formación clínica (16,3 %) que los otros subgrupos. Este subgrupo comprendía el menor porcentaje de psiquiatras (11,8 %), pero el mayor porcentaje de enfermeros (64,7 %) y profesionales trabajando en entornos institucionales (92,2 %).

Respecto a la forma de implicarse en el trabajo en equipo, la investigación logra vislumbrar tanto recursos como desventajas específicas. Por ejemplo, si un psicólogo clínico trabaja dentro de un equipo, entonces la responsabilidad puede sentirse más colectiva y alivianar la carga percibida luego del suicidio (Grad & Michel, 2004). Trabajar en equipo también permite la discusión sobre los efectos del suicidio y la exploración de estrategias de afrontamiento alternativas. Sin embargo, otros aspectos sistémicos pueden tener consecuencias perjudiciales, como el silencio profesional luego del suicidio (Anderson, 2005; Spiegelman & Werth, 2005), que puede alimentar sentimientos de aislamiento y vergüenza (Weiner, 2005).

Algunos problemas en el equipo pueden empeorar el impacto del suicidio de un paciente, al tiempo que pueden ser señales de mala gestión clínica. Hendin, Haas, Maltsberger, Koestner y Szanto (2006), entrevistando a terapeutas que habían perdido pacientes por suicidio, encontraron seis problemas comunes:

- *Falta de comunicación entre terapeutas.* La falta de comunicación creó problemas de consideración. Por ejemplo, escasa comunicación con los terapeutas anteriores del paciente, o entre los terapeutas del servicio ambulatorio y del servicio de hospitalización, no compartir información crítica, juicios erróneos/distintos entre equipos y profesionales, baja o nula comunicación entre farmacoterapeutas y psicoterapeutas, entre otros.
- *Permitir que los pacientes o sus familiares controlen la terapia.* En ocasiones frecuentes los terapeutas permitieron que el paciente o un pariente del paciente controlara la terapia, estableciendo la frecuencia, fijando condiciones, utilizando coercitivamente a los terapeutas para lograr cosas con sus familiares, aludir a ciertos temas y luego negarse a abordarlos, manejar los horarios y frecuencias de los fármacos prescritos, suspender o seguir con controles o con fármacos, entre otros.
- *Evitación de temáticas sexuales.* En otras ocasiones los problemas consideraron la evitación de tópicos

sexuales. Por ejemplo, evitar conflictos con la sexualidad, homosexualidad, los efectos del abuso de drogas en ese ámbito, entre otros.

- *Acciones ineficaces o coercitivas resultantes de la ansiedad del terapeuta.* La ansiedad de los terapeutas ante la posibilidad de suicidio interfirió con su capacidad para tratar a sus pacientes varias ocasiones. Por ejemplo, aun cuando la intención suicida quedó clara en la visita final, los terapeutas se sintieron incapaces de intervenir o pedir ayuda a un compañero. Otros ejemplos fueron terapeutas que sugirieron hospitalización, pero que dejaron la decisión al paciente.
- *No reconocer los significados de las comunicaciones de los pacientes.* En ocasiones los terapeutas no lograron reconocer el significado de las comunicaciones de sus pacientes. Esto puede ocurrir en el equipo por malinterpretar o tomar demasiado literalmente lo que decían sus pacientes, por lo que no lograron reconocer una crisis suicida.
- *Síntomas no tratados o subtratados.* Muchos de los pacientes que se suicidaron presentaban problemas importantes relacionados con el abuso de sustancias, ansiedad y/o psicosis, pero estos problemas no se abordaron adecuadamente por parte de los equipos. Los más sorprendentes, de acuerdo con Hendin y cols. (2006) fueron 11 pacientes en los que no se trató el uso de sustancias, como por ejemplo el uso de alcohol.

El impacto del suicidio de un paciente

Es común sentir miedo, preocupación, necesidad de proteger la vida, en el momento en que el terapeuta percibe el riesgo suicida, no solo en forma posterior al suicidio de un paciente (Szmulewicz, et al., 2018). Probablemente, una gran parte de los profesionales que han vivido el suicidio de un paciente concardarán con que resulta una experiencia marcada en la memoria, significativa y una proporción importante lo experimentará como un contribuyente al estrés personal y del equipo (Brown, 1987). El suicidio de un paciente puede suscitar no solo dudas profesionales, sino también sentimientos no tan diferentes de los experimentados por los conocidos y familiares de la persona fallecida, en los que es esperable encontrar una mayor necesidad de encontrar explicación y sentido a lo sucedido, mayores niveles de culpa y sentimientos de responsabilidad, mayor estigma y vergüenza, mayor necesidad de ocultar la forma de la muerte, mayor evitación y aislamiento interpersonal respecto a las redes de apoyo, mayor posibilidad de pensamientos y otros comportamientos suicidas, y mayor posibilidad de estrés postraumático (Bailey, Krai & Dunham, 1999; Tal Young et al., 2012; Scocco et al, 2017; Jordan, 2020; Andriessen, Krysinska, Rickwood & Pirkis, 2022).

De igual forma, el suicidio de un paciente puede afectar negativamente al funcionamiento de una unidad o servicio clínico (Kayton y Freed, 1967), afectando la salud y bienestar de los psiquiatras (Alexander et al, 2000), los estudiantes de psiquiatría (Dewar et al, 2000), los psicólogos clínicos (Ellis & Patel, 2012; Van der Hallen, 2021), trabajadores sociales (Ting, Sanders, Jacobson & Power, 2006) y enfermeras (Cooper, 1995), mostrando estos funcionarios una incrementada presencia de síntomas de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático.

En este sentido, Linke, Wojciak y Day (2002) realizaron un estudio en una comunidad psiquiátrica, en donde trabajaban enfermeras (18), asistentes sociales (15), psiquiatras (2),

psicólogos clínicos (4), terapeutas ocupacionales (2), dos directores y un administrador. Treinta y ocho (86%) de los entrevistados indicaron que habían experimentado al menos un suicidio en su carrera, con un promedio de 4,2 suicidios. Veintiocho profesionales (64%) había experimentado un suicidio en su trabajo actual. Sobre los efectos, los entrevistados informaron que había un notable impacto en sus vidas personales y laborales. Algunos presentaron síntomas transitorios, sin embargo, en 15 profesionales (40%) persistieron más de un mes. Los efectos sobre la vida laboral también fueron de larga duración y 17 (45%) informaron efectos adversos de más de un mes. Algunos de estos efectos fueron tan graves como para influir negativamente en el comportamiento profesional: evitar a los pacientes que abusan del alcohol y otras drogas, aumento de la ansiedad en el trabajo, irritabilidad, aumento de distancia con los pacientes y un mayor deseo de cambiar de trabajo. Un pequeño número, sin embargo, informó de efectos positivos, como mejoras en la forma de llevar los registros y una mayor probabilidad de buscar apoyo y supervisión de pares. Solo tres encuestados (7%) tuvieron una baja laboral tras la muerte de un paciente.

Significados asociados

La literatura ha asociado el fallecimiento de un paciente a sentimientos de conmoción, tristeza, negación e incredulidad (Sacks, 1989; Kleespies, Smith & Becker, 1990), así como a sentimientos de frustración, culpa, autorreproche y dudas sobre la propia competencia en las y los terapeutas (Alexander et al, 2000; Linke et al 2002; Ting, Sanders, Jacobson & Power, 2006; Towl & Crighton, 2017; Valente & Saunders, 2009; Talseth & Gilje, 2007, 2011; Bohan and Doyle, 2008).

Por ejemplo, en un estudio descriptivo en una muestra de enfermeras que experimentaron el suicidio de pacientes, Canning y Gournay (2014) caracterizaron el impacto en tres grandes áreas: respuesta emocional (que incluyó sorpresa, tristeza, preocupación por otros casos, y un grado relativo de impacto personal), impacto en las comunicaciones (que incluyó reuniones en los equipos que fueron percibidas como positivas, no críticas, al mismo tiempo que otras personas declaraban como muy desagradable la falta de comentarios por parte de las jefaturas o equipos), e impacto en aspectos clínicos (que incluyó el cuestionamiento de las prácticas, revisar el entrenamiento necesario y la experiencia en el área, y el cuestionamiento a los recambios de profesionales y la posterior incorporación de otros poco capacitados). Estos hallazgos fueron similares a los encontrados anteriormente por Hendin y colaboradores (2000), quienes combinando estrategias cualitativas y el uso de escalas y cuestionarios encontraron las siguientes experiencias o significados de carga emocional:

- *Shock inicial.* Fue común la sorpresa al enterarse de la muerte del paciente. Algunos terapeutas describieron su reacción como incredulidad (una forma más leve de shock), mientras que otros describieron un nivel más extremo, en la forma de estrés postraumático ("cada vez que sonaba el teléfono en la noche, estaba temeroso de que fueran malas noticias sobre el suicidio").
- *Duelo y pena.* Una vez pasada la reacción inicial al suicidio, la respuesta emocional más frecuentemente reportada fue un sentimiento de duelo y tristeza. Para algunos terapeutas, fue profundo y duradero, incluso por años.
- *Culpa.* La culpa fue una importante respuesta emocional en los terapeutas. Algunos reflejaron esto en sueños

o fantasías, que incluyeron imagerías de castigo, de haber cometido errores o significados de fracaso profesional.

- *Miedo a represalias.* Relacionado con los sentimientos de culpa, se registró el temor a ser culpado por otros. Un temor usual fue el miedo a ser demandados por parte de los familiares de los pacientes. Aunque ningún terapeuta fue demandado, este miedo tomó forma de fantasías o sueños recurrentes.
- *Rabia.* Algunos terapeutas mencionaron que la ira fue una de las principales reacciones. Explicaron su rabia por el “rechazo” o “traición” que el suicidio podía significar. Por ejemplo, “sentí rabia por su rechazo, por su destrucción del trabajo que habíamos hecho. Me sentí traicionado porque ella hizo algo tan letal sin darme previo aviso;” “me sentí sorprendido y traicionado, porque creía que nosotros habíamos sido capaces de establecer algo así como una relación terapéutica, quizás la primera conexión de este tipo en su larga experiencia del paciente con psiquiatras. Sin embargo, ella en su momento más crítico, se sintió incapaz de contactarme (...).” Otros terapeutas expresaron su rabia por “tener que informarme de la manera que lo hice (a través de sus padres, una semana después de su muerte”. Este significado también tomó la forma de ser dañado por el paciente: “estaba enojado, me sentí engañado y traicionado, en su retirada del tratamiento, en su rechazo de mis esfuerzos por ayudarla. Me sentí maltratado por la paciente, ella no había cooperado con el tratamiento, no me había dejado tratarla, me había hecho quedar como un estúpido.
- *Vergüenza.* Algunos terapeutas experimentaron vergüenza en la significación del suicidio de los pacientes. Pueden ocurrir miedos por exponer la reputación profesional o por el imaginario juicio negativo de otros.
- *Duda de uno mismo o insuficiencia.* Los terapeutas describieron con dolor cómo los suicidios de sus pacientes alteraron la confianza en sus habilidades terapéuticas. Los terapeutas más experimentados habían supuesto que su experiencia y formación los podría proteger de estos sentimientos y se sorprendieron de que no fuese así. Los terapeutas más novatos y en formación cuestionaron su capacidad para ayudar, incluso si eran aptos o no para ejercer la profesión. Estos temores se expresaron explícitamente, simbólicamente o en sueños.

De acuerdo con Hendin y cols. (2000) en estos significados pueden distinguirse tres patrones. El dolor y la culpa se mostraron relacionados: dos de los cuatro terapeutas que indicaron no sentir culpa fueron dos terapeutas que no sintieron ni siquiera un mínimo dolor respecto a la muerte de sus pacientes. La culpa también se mostró relacionada con el miedo a ser culpado por otros (recriminaciones, demandas, etcétera): los terapeutas que registraron alta culpabilidad estaban incluidos entre los terapeutas con miedo moderado a severo a la recriminación. Por último, algunos terapeutas reaccionaron con ira mezclada con un sentimiento de alivio personal, lo que sugiere un alto nivel de estrés de estos profesionales al trabajar en esta clínica.

Cambios en la forma de trabajar

Además de este rango común de significados, los psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de salud mental

podrían agregar reacciones o cambios en sus actitudes laborales, complicando sus procesos de duelo. Por ejemplo, los estudiantes y recién egresados tenderían a cuestionar en un alto nivel sus habilidades clínicas o temer a la responsabilización o acciones disciplinarias por supuestas negligencias (Sacks, 1989). Las investigaciones han mostrado la presencia de rumiación depresiva, aumento de los sentimientos de inseguridad e inadecuación, aumento de los sentimientos de soledad y aislamiento de sus compañeros, aumento de la sensibilidad a los signos de riesgo de suicidio, aumento de la preocupación por la propia competencia profesional, así como aumento de los sentimientos de ansiedad al desempeñarse en el trabajo (Alexander et al, 2000; Ellis & Patel, 2012; Hendin et al., 2000; Mitchell, Gale, Garand & Wesner, 2003; Thomyangkoon y Leenaars, 2008). Las consecuencias profesionales a largo plazo pueden incluir una mayor atención a los asuntos legales de la profesión, más horas de supervisión y solicitar más consultas entre pares, más vigilancia y cautela al tratar con pacientes en riesgo, estar más inclinados a hospitalizar y requerir “contratos de no suicidio” (Alexander et al., 2000; Biermann, 2003; Finlayson & Simmonds, 2018; Rothes et al., 2013; Ting et al., 2006). Una investigación sugiere que alrededor del 15% de los tratantes consideraron la jubilación anticipada luego del suicidio de un paciente (Alexander et al., 2000).

Otras consecuencias en la salud mental

Los investigadores han puesto atención en otros posibles efectos del impacto del suicidio de un paciente. Por ejemplo, algunas investigaciones sugieren que aproximadamente la mitad de los psicólogos y trabajadores sociales que han experimentado el suicidio de un paciente muestran, en algún grado significativo, síntomas de estrés postraumático, como pensamientos intrusivos, comportamientos de evitación hacia pacientes con riesgo suicida, alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultad para manejar los eventos de la vida y agotamiento emocional (Van der Hallen, 2021; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney & Torigoe, 1988; Dransart, Gutjahr, Gulfi, Didisheim y Séguin, 2014; Ellis & Patel, 2012; Ting et al., 2006). Otros autores han encontrado estos comportamientos postraumáticos en una proporción más pequeña (Castelli et al, 2013), pero significativa (van der Hallen, 2021).

Otra área de investigación que puede ser desarrollada apunta a los posibles efectos de la exposición al suicidio. Swain y Domino (1985, 1986) observaron que no solo la capacitación y conocimiento de los profesionales se relacionaba con actitudes y prácticas más adaptativas y eficaces en el trabajo con experiencia suicida, sino que la exposición personal (tener experiencia con conocidos o en su propio repertorio haber experimentado algún tipo de experiencia suicida) podría relacionarse con mejor detección de señales suicidas en la práctica profesional. Considerando que una cantidad sustancial de profesionales ha tenido pensamientos suicidas, ha realizado intentos suicidas o se reporta a sí mismos como deprimidos (Pope y Tabachnick, 1994; Gilroy, Carroll y Murra, 2002), debe investigarse hasta qué punto esa exposición a la experiencia suicida ayuda o dificulta el impacto del suicidio de un paciente en los terapeutas (Van der Hallen, 2021).

Discusión

Apoyo al profesional

El suicidio de un paciente puede conllevar varias formas de impacto para el terapeuta y su equipo. En este sentido, puede ser importante que estos profesionales consideren estrategias de apoyo, tanto previas al suicidio de un paciente como posteriores. Por ejemplo, Linke, Wojciak y Day (2002) indicaron que para un grupo de profesionales que había experimentado el suicidio de un paciente, "apoyo" significaba tener tiempo para hablar y tener a alguien que escuche, además de apreciar la idea de contar con una supervisión especializada sobre el caso. De acuerdo con estos entrevistados, se llevaron a cabo reuniones extraordinarias de equipo para discutir el suicidio que fueron valoradas como útiles, aunque reconocieron que algunos comentarios deberían haber sido manejados con mayor cuidado, dada la vulnerabilidad a sentirse juzgados por otros. Los entrevistados también reconocieron que la formación previa no los preparó para el evento de que ocurriera un suicidio de un paciente.

Esto es concordante con lo planteado por Gralnick (1993), quien plantea que es importante que los profesionales no vean que los equipos alientan sentimientos de culpa e incertidumbre laboral luego del suicidio de un paciente. Por el contrario, debería disminuirse el aislamiento, hablar entre colegas, realizar esfuerzos reparatorios y conductas constructivas, así como fortalecer afrontamientos saludables. Este autor propone que los involucrados reflexionen: *¿Por qué estamos tan llenos de cólera y culpa cuando esto sucede? ¿por qué somos tan rudos con quienes han sido responsables del tratamiento? ¿por qué vivimos el duelo de una manera especial? ¿por qué hablamos de los "sobrevivientes"? ¿por qué simplemente no hablamos del paciente como si hubiera sufrido una enfermedad grave y fatal de la cual murió? ¿pensamos que el acto está dentro del control de la persona y que esto justifica nuestra condenación? ¿creemos realmente que quien está tratando el proceso de la enfermedad es responsable por no haber prevenido la muerte?*, entre otras preguntas orientadas a cuestionar conceptos críticos, con tal de promover una adecuada asignación de responsabilidades y evitar la culpabilización (Gralnick, 1993).

De acuerdo con la literatura, son diversas las acciones que podrían sugerirse. Varios autores plantean que discutir el suicidio con colegas podría ser útil (Gitlin, 1999; Alexander et al., 2000; Grad et al., 1997; Hendin et al., 2000; Trimble et al., 2000), evitando reuniones de expresión emocional sin estructura (llamadas reuniones de *debriefing*) que podrían generar más daño que beneficios (Farrington, 1995; Linke, Wojciak & Day, 2002; Hawker, Durkin & Hawker, 2010), promoviendo en cambio una revisión por parte de un sector del equipo especializado, enfocada en establecer y compartir los hechos del caso, la normalización de las respuestas emotivas individuales a la situación (mediante, por ejemplo, la revisión de estudios de investigación en casos similares), y en donde el personal pueda ofrecer apoyo y aliento a los demás integrantes. Para esto, puede ser muy útil contar con supervisores especializados (Grad et al., 1997; Horn, 1994; Sanger, 2010; Schultz, 2004; Trimble et al., 2000).

En este sentido, existe cierto apoyo para el examen detallado de los casos (Alexander, 1991; Gitlin, 1999) o incluso para realizar una autopsia psicológica, que examina los posibles antecedentes directos del suicidio, lo que podría facilitar el duelo para el clínico (Henry & Greenfield, 2009; Cuerno, 1994;

Silverthorn, 2005). Sin embargo, se debe tener precaución, ya que también se ha informado que las autopsias psicológicas son nocivas si el profesional siente culpa o a través de ella se generan dudas respecto a las acciones efectuadas (Anderson, 2005; Goldstein y Eungiomio, 1984; Hendin et al., 2000).

Por supuesto, la literatura revisada deviene la importancia de ofrecer apoyo o acompañamiento a los profesionales más involucrados, por parte de un profesional psiquiatra o psicólogo clínico con experiencia en el trabajo con pacientes graves. Esto incluye la observación de indicadores de alteraciones de salud mental, por ejemplo, estrés postraumático o alteraciones del ánimo, para un pronto tratamiento en caso de ser necesario.

Por último, la literatura también es clara en establecer que la capacitación adecuada puede asociarse a un impacto menos desfavorable del suicidio de un paciente (Oordt, Jobs, Fonseca & Schmidt, 2009). Esta capacitación, frecuente en cursos de postítulo o posgrado, debería incorporar entre las nociones importantes la expectativa del suicidio como una parte esperable de la función del trabajador de salud mental (Gitlin, 1999; Oordt et al., 2009). La capacitación debería orientar a la confección de planes hechos a la medida de los requerimientos del paciente, estar enfocada en la gestión del riesgo (que incluye al equipo, al terapeuta individual y al propio paciente) y no estar centrada en la expectativa de predicción (ver el artículo de Hawton et al., 2022).

En el presente artículo se expusieron características del trabajo junto a personas que presentan comportamiento suicida, características del profesional y equipo que podrían relacionarse con el impacto del suicidio de un paciente, y algunos de los efectos que este evento podría tener en la experiencia de los profesionales, en su forma de desenvolverse y en las comunicaciones en los equipos. El trabajo con experiencia suicida puede involucrar sentimientos dolorosos en los tratantes que intentan colaborar con la recuperación del bienestar de los pacientes, con posibles repercusiones en su vida personal y laboral. De ahí la importancia de conocer, discutir y desarrollar, en torno a la evidencia disponible, formas de cuidado que incluyan la consciencia de las posibilidades de acción y aceptación de los límites que esta clínica involucra.

Referencias

- Alexander DA, Klein S, Gray NM, Dewar IG, Eagles J M (2000) Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 320(7249): 1571-4
- Anderson, M., & Jenkins, R. (2005). The challenge of suicide prevention. *Disease Management & Health Outcomes*, 13(4), 245-253. doi: <https://doi.org/10.2165/00115677-200513040-00003>
- Andriessen, K., Kryszynska, K., Rickwood, D., & Pirkis, J. (2022). The reactions of adolescents, parents, and clinicians to participating in qualitative research interviews regarding adolescents bereaved by suicide and other traumatic death. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. doi: 10.3390/ijerph19010452
- Bailey, S. E., Krai, M. J., & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common-sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29, 256-271.
- Barracough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974; 125, 355-73

- Bartels, S. J. (1987). The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. *General Hospital Psychiatry, 9*(3), 189–197. doi:10.1016/0163-8343(87)90007-7
- Bickley, H., Hunt, I. M., Windfuhr, K., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2013). Suicide within two weeks of discharge from psychiatric inpatient care: A case-control study. *Psychiatric Services, 64*, 653–659. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201200026>
- Biermann, B. (2003). When depression becomes terminal: The impact of patient suicide during residency. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 31*(3), 443–457. doi: <https://doi.org/10.1521/jaap.31.3.443.22130>
- Bohan, F., & Doyle, L. (2008). Nurses' experiences of patient suicide and suicide attempts in an acute unit. *Mental Health Practice, 11*(5), 12–16. doi:10.7748/mhp2008.02.11.5.12.c6338
- Brown, H. N. (1987). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry, 28*(2), 101–112. doi:10.1016/0010-440x(87)90075-7
- Busch KA, Fawcett J, Jacobs DG. Clinical correlates of inpatient suicide. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 14–19.
- Campbell, C., & Fahy, T. (2002). The role of the doctor when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin, 26*(02), 44–49. doi:10.1192/pb.26.2.44
- Canning, P., & Gournay, K. (2014). The impact of patient suicide on community mental health teams. *British Journal of Mental Health Nursing, 3*(5), 235–240. doi:10.12968/bjmh.2014.3.5.235
- Castelli Dransart, D. A., Gutjahr, E., Gulfi, A., Kaufmann Didisheim, N., & Séguin, M. (2013). Patient Suicide in Institutions: Emotional Responses and Traumatic Impact on Swiss Mental Health Professionals. *Death Studies, 38*(5), 315–321. doi:10.1080/07481187.2013.766651
- Castelli Dransart, D. A., Heeb, J.-L., Gulfi, A., & Gutjahr, E. M. (2015). Stress reactions after a patient suicide and their relations to the profile of mental health professionals. *BMC Psychiatry, 15*(1). doi:10.1186/s12888-015-0655-y
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988). Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry, 145*(2), 224–228. doi: <https://doi.org/10.1176/ajp.145.2.224>
- Coppersmith D.D.L., Ryan O, Fortgang R.G., Millner A.J., Kleiman E.M., Nock M.K. Mapping the timescale of suicidal thinking. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2023 Apr 25;120(17): e2215434120. doi: 10.1073/pnas.2215434120.
- Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 19–24
- Dewar, I., Eagles, J., Klein, S., Gray, N., & Alexander, D. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin, 24*(01), 20–23. doi:10.1192/pb.24.1.20
- Díaz Olguín, R. (2022). *Experiencia suicida: comprensión narrativa constructivista*. RIL Editores.
- Dransart, D. A. C., Gutjahr, E., Gulfi, A., Didisheim, N. K., & Séguin, M. (2014). Patient suicide in institutions: Emotional responses and traumatic impact on Swiss mental health professionals. *Death Studies, 38*(1–5), 315–321. doi: <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.766651>
- D'Agata, M. T., & Holden, R. R. (2018). Self-concealment and perfectionistic self-presentation in concealment of psychache and suicide ideation. *Personality and Individual Differences, 125*, 56–61. doi: 10.1016/j.paid.2017.12.034
- Ellis, T. E., & Patel, A. B. (2012). Client suicide: What now? *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 277–287. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.12.004>
- Finlayson, M., & Simmonds, J. G. (2018). Impact of client suicide on psychologists in Australia. *Australian Psychologist, 53*(1), 23–32. doi: <https://doi.org/10.1111/ap.12240>
- Friedlander, A., Nazem, S., Fiske, A., Nadorff, M. R., & Smith, M. D. (2012). Self-Concealment and Suicidal Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(3), 332–340. doi:10.1111/j.1943-278x.2012.00094.x
- Gilje, F., Talseth, A.G. & Norberg, A. (2005). Psychiatric nurses' response to suicidal psychiatric inpatients: struggling with self and sufferer. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*(5), 519–526. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00855.x
- Gill, I. J. (2012). An identity theory perspective on how trainee clinical psychologists experience the death of a client by suicide. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(3), 151–159. doi: <https://doi.org/10.1037/a0029666>
- Gilroy, P. J., Carroll, L., & Murra, J. (2002). A preliminary survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*(4), 402–407. doi: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.4.402>
- Gitlin, M. A Psychiatrist's Reaction to a Patient's Suicide. Clinical Case Conference. *Am J Psychiatry* 156:10, October 1999
- Goldstein, L. S., & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as Suicide Survivors. *American Journal of Psychotherapy, 38*(3), 392–398. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1984.38.3.392
- Grad, O. T., & Michel, K. (2004). Therapists as Client Suicide Survivors. *Women & Therapy, 28*(1), 71–81. doi:10.1300/j015v28n01_06
- Grad, O. T., Zavasnik, A., & Groleger, U. (1997). Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 27*(4), 379–386. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1997.tb00517.x>
- Gralnick, A. (1993). Suicide in the psychiatric hospital. *Child Psychiatry and Human Development, 24*(1), 3–12. doi:10.1007/bf02353713
- Gulfi, A., Castelli Dransart, D. A., Heeb, J.-L., & Gutjahr, E. (2015). The Impact of Patient Suicide on the Professional Practice of Swiss Psychiatrists and Psychologists. *Academic Psychiatry, 40*(1), 13–22. doi:10.1007/s40596-014-0267-8
- Gulfi, A., Heeb, J.-L., Castelli Dransart, D. A., & Gutjahr, E. (2015). Professional reactions and changes in practice following patient suicide: what do we know about mental health professionals' profiles? *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 10*(4), 256–267. doi:10.1108/jmhtep-11-2014-0034
- Hawker, D. M., Durkin, J., & Hawker, D. S. J. (2010). To debrief or not to debrief our heroes: that is the question. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 18*(6), 453–463. doi:10.1002/cpp.730
- Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S., Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic as-

- assessment, formulation, and risk management. *Lancet Psychiatry*. 2022 Aug 8; S2215-0366(22)00232-2. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00232-2
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 67–72. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.67
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltsberger, J. T., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors Contributing to Therapists' Distress After the Suicide of a Patient. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1442–1446. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1442
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J. T., Haas, A. P., & Wynnecoop, S. (2000). Therapists' Reactions to Patients' Suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022–2027. doi: 10.1176/appi.ajp.157.12.2022
- Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018; 27: 186–98.
- Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995; 152: 919–22.
- Jordan, J. Lessons Learned: Forty Years of Clinical Work With Suicide Loss Survivors. *Front. Psychol.*, 29 April 2020. *Sec. Health Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00766>
- Kleespies, P. M., Smith, M. R., & Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 257–263. doi: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.4.257>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedor, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examination of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(6), 726–738. doi:10.1037/abn0000273
- Larson, D. G., Chastain, R. L., Hoyt, W. T., & Aizenberg, R. (2015). Self-Concealment: Integrative Review and Working Model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(8), 705–e774. doi:10.1521/jscp.2015.34.8.705
- Lerner, U., Brooks, K., McNeil, D. E., Cramer, R. J., & Haller, E. (2012). Coping With A Patient's Suicide: A Curriculum for Psychiatry Residency Training Programs. *Academic Psychiatry*, 36(1). doi:10.1176/appi.ap.10010006
- Linke S, Wojciak J, Day S (2002) The impact of suicide on community mental health teams: findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin* 26: 50–2
- Litman, R. E. (1965). When Patients Commit Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19(4), 570–576. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1965.19.4.570
- McGuire, E., & Murthy, S. (2019). Support for community mental health teams post-suicide. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–4. doi:10.1017/ipm.2018.54
- McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, Hickie IB, Large MM. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open* 2019; 5: e18.
- Mitchell, A. M., Gale, D. D., Garand, L., & Wesner, S. (2003). The use of narrative data to inform the psychotherapeutic group process with suicide survivors. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(1), 91–106. doi: <https://doi.org/10.1080/01612840305308>
- Morales, S., & Barros, J. Mental Pain Surrounding Suicidal Behaviour: a Review of What Has Been Described and Clinical Recommendations for Help. *Front Psychiatry*. 2022 Jan 27; 12:750651. doi: 10.3389/fpsy.2021.750651
- Murphy, P. T., Clogher, L., van Laar, A., O'Regan, R., McManus, S., McIntyre, A., ... Hallahan, B. (2019). The impact of service user's suicide on mental health professionals. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–11. doi:10.1017/ipm.2019.4
- Ness, D. & Pfeffer, C. Sequelae of bereavement resulting from suicide. (1990). *American Journal of Psychiatry*, 147(3), 279–285. doi:10.1176/ajp.147.3.279
- Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P. and Schmidt, S.M. (2009), Training Mental Health Professionals to Assess and Manage Suicidal Behavior: Can Provider Confidence and Practice Behaviors be Altered?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39: 21-32. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.1.21>
- Páez, F., Robles, R., González, R. y Becerra, B. (2007). La crisis de una unidad médico psiquiátrica ante un intento suicida. *Psicología Conductual*, 15(3), 543-556
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247–258. doi: <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Dunn, G., Szmukler, G., Reid, Y., ... Thornicroft, G. (1999). Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(6), 295–300. doi:10.1007/s001270050147
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(S2), 65–69. doi:10.1007/s00406-012-0353-4
- Roths, I. A., Scheerder, G., Van Audenhove, C., & Henriques, M. R. (2013). Patient suicide: The experience of Flemish psychiatrists. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(4), 379–394. doi: <https://doi.org/10.1111/sltb.12024>
- Ruth Van der Hallen (2021) Suicide Exposure and the Impact of Client Suicide: A Structural Equation Modeling Approach, *Archives of Suicide Research*, DOI: 10.1080/13811118.2021.2020190
- Rytterström, P., Ovox, S. M., Wärdig, R., & Hultsjö, S. (2020). Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi:10.1111/inm.12738
- Rytterström, P., Ovox, S. M., Wärdig, R., & Hultsjö, S. (2020). Impact of suicide on health professionals in psychiatric care mental healthcare professionals' perceptions of suicide during ongoing psychiatric care and its impacts on their continued care work. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi:10.1111/inm.12738
- Sacks MH: When patients kill themselves, en *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol 8. Editado por Tasman A, Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, 563– 579
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A., & Toffol, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 39–46. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.12.016
- Schuck A, Calati R, Barzilay S, Bloch-Elkouby S, Galyner I

- (2019) Suicide crisis syndrome: a review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behav Sci Law*, 37, 223–39. doi:10.1002/bsl.2397
- Simon OR, Swann AC, Powell KE, Potter LB, Kresnow MJ, O'Carroll PW (2001) Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 32, 49–59
- Spruch-Feiner, A., Labouliere, C.D., Brodsky, B., Green, K.L., Brown, G.K., Vasani, P., Cummings, A., Layman, D., Monahan, M.F., Galfalvy, H., Rahman, M., Kammer, J., Wainberg, M.L., Nicholson, T., Leckman-Westin, E., Finnerty, M., Stanley, B. (2022) Effects of Patient Suicide on Professional Practice Among Mental Health Providers. *J Psychiatr Pract*, 28(3), 184–192. doi: 10.1097/PRA.0000000000000626.
- Sudak, D., Roy, A., Sudak, H., Lipschitz, A., Maltsberger, J., & Hendin, H. (2007). Deficiencies in Suicide Training in Primary Care Specialties: A Survey of Training Directors. *Academic Psychiatry*, 31(5), 345–349. doi:10.1176/appi.ap.31.5.345
- Swain, B. J., & Domino, G. (1985). Attitudes toward suicide among mental health professionals. *Death Studies*, 9(5–6), 455–468. doi: <https://doi.org/10.1080/07481188508252537>
- Swain, B. J., & Domino, G. (1986). Recognition of Suicide Lethality and Attitudes toward Suicide in Mental Health Professionals. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 16(4), 301–308. doi:10.2190/lhk3-pg0y-2qqf-npjh
- Szmulewicz, T., Echávarri, O., Morales, S., Maino, M de la P., Moya, C., Morales, C., & Barros, J. (2018). Video instruccional de testimonio de psicoterapeutas frente a la propia emocionalidad en el trabajo en riesgo suicida. P. Universidad Católica de Chile, Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad.
- Talseth, A.-G., & Gilje, F. (2007). Unburdening Suffering: Responses of Psychiatrists To Patients' Suicide Deaths. *Nursing Ethics*, 14(5), 620–636. doi:10.1177/0969733007080207
- Talseth, A.-G., & Gilje, F. L. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis*. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1651–1667. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03490.x
- Tal Young I, Iglewicz A, Glorioso D, Lanouette N, Seay K, Ilapakurti M, Zisook S. (2012) Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2), 177–86. doi: 10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung. PMID: 22754290; PMCID: PMC3384446.
- Tetrick, L. E., & LaRocco, J. M. (1987). Understanding, prediction, and control as moderators of the relationships between perceived stress, satisfaction, and psychological well-being. *Journal of Applied Psychology*, 72(4), 538–543. doi:10.1037/0021-9010.72.4.538
- Thomyangkoon, P., & Leenaars, A. (2008). Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 38(6), 728–740. doi: <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.6.728>
- Ting, L., Sanders, S., Jacobson, J. M., & Power, J. R. (2006). Dealing with the aftermath: A qualitative analysis of mental health social workers' reactions after a client suicide. *Social Work*, 51(4), 329–341. doi: <https://doi.org/10.1093/sw/51.4.329>
- Towl, G. & Crighton, D. (2017) Suicide in prisons: prisoner's life matter. Waterside press.
- Valente, S. M., & Saunders, J. M. (2009). Nurses' Grief Reactions to a Patient's Suicide. *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(1), 5–14. doi:10.1111/j.1744-6163.2002.tb00650.x
- Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. (2016) Mental pain and suicide: a systematic review of the literature. *Front Psychiatry*, 7, 108. doi:10.3389/fpsy.2016.00108
- Wurst, F. M., Mueller, S., Petitjean, S., Euler, S., Thon, N., Wiesbeck, G., & Wolfersdorf, M. (2010). Patient suicide: A survey of therapists' reactions. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(4), 328–336. doi: <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.4.328>