

## ***CENTRO DE HUMANIZACION DE LA SALUD VIII JORNADAS SOBRE EL DUELO***

### **TALLER: CLAVES PARA LA INTERVENCION EN EL DUELO POR SUICIDIO**

#### **MATERIAL PARA EL ALUMNO**

**Alejandro Rocamora Bonilla**  
**Psiquiatra**  
**Tres cantos, 14 y 15 de noviembre 2012**

#### **1.- Los supervivientes de un suicidio**

Supervivientes de un suicidio se consideran a todas las personas que de forma directa o indirecta están relacionadas con el difunto. Evidentemente existen niveles de implicación. Es decir, los familiares y allegados son los más afectados, pero también en sentido amplio, podemos considerar bajo este epígrafe, al médico de atención primaria, psicólogo o psiquiatra, u otro terapeuta, que hubiera atendido al suicida.

Como bien dice Pérez Barrero y Mosquera (2006)<sup>1</sup> “el vocablo sobrevivir proviene del inglés y su traducción puede ser de superviviente, que es el que sobrevive y también es sinónimo de sobreviviente, que significa vivir uno después de la muerte del otro”. Tanto en un sentido como en el otro, lo que el familiar siente es como si no tuviera derecho a sobrevivir al suicida, y en algunos casos, manifiesta claramente su deseo de desaparecer en un intento por saciar sus sentimientos de culpa... por seguir viviendo.

#### **2.- La familia ante la conducta suicida**

Lo que es evidente, en la experiencia clínica, es que todo suicidio supone un atentado contra el equilibrio personal y un alto riesgo de que se rompa la homeostasis del sistema familiar.

El duelo por suicidio se convierte en el duelo más difícil de elaborar, fundamentalmente por tres motivos: es una muerte repentina e inesperada, el superviviente se siente interpelado por esa conducta (culpa y vergüenza principalmente) y además socialmente es inaceptable. Por esto, este tipo de duelos tienden a la cronicidad y a la patologización, mucho más cuando el que se suicida es un hijo.

Cinco preguntas

- 1) ¿Por qué me ha hecho esto?
- 2) ¿Podría haberse evitado?
- 3) ¿Qué pensarán de mí los vecinos, amigos, y familiares?
- 4) ¿Mi familia está maldita?
- 5) ¿Qué pinto yo en la vida?

---

<sup>1</sup> Perez Barrero, S. A. y Mosquera, D. (2006). *El suicidio. Prevención y manejo*. Madrid: Pléyades, p.158.

### **3.- Los supervivientes de un suicidio: de la culpa a la autodestrucción**

#### **3.1.- La culpa**

Lo que es evidente, según afirma Castilla del Pino ( 2000)<sup>2</sup>, es que la anormalidad de un sentimiento no depende ni de la intensidad, ni de la cualidad, sino que lo que lo define como anormal “es cuando no le sirve al sujeto para el logro de su vinculación, expresión/apelación y organización subjetiva de la realidad y de sí mismo”. Así, el amor no siempre es normal ( por ejemplo, si amo a una persona prohibida), ni la envidia o celos son siempre anormales ( por ejemplo, cuando sirven para progresar o esforzarse). Por lo tanto un sentimiento será normal en tanto en cuanto ayude al sujeto a conseguir una homeostasis interna y con el entorno.

Es decir, el sentimiento de culpa es normal cuando surge como respuesta a una situación y más que bloquear posibilita una atención adecuada ( ni por exceso ni por defecto); será anormal cuando el sentimiento no consigue ni siquiera aplacar la tasa de responsabilidad que la propia enfermedad implica; y será patológico cuando propicia la aparición de un cuadro clínico mental ( generalmente una depresión clínica).

El sentimiento de culpa aparece para “purgar” de alguna manera una falta. Será anormal cuando esa finalidad no se cumpla y por lo tanto enturbie toda relación del sujeto consigo mismo y con los otros. Por esto, es sano sentirse mal tras una falta, un error y no digamos un delito.

El sentimiento correspondiente a la culpa es el pesar (= arrepentimiento o dolor de los pecados). Además el sentimiento de culpa supone que el sujeto es juez y reo al mismo tiempo de sus propios actos. De ahí se deriva la “responsabilidad” que siempre va sobreañadida o que precede a la culpa.

Ante el suicidio siempre surge la duda, por los familiares y amigos, de si realmente se hizo todo lo posible por evitar la muerte. Es una cuestión, quizás nunca formulada, pero en muchas ocasiones pensada, en un intento por explicar lo inexplicable y buscando razones a la sin razón del suicidio.

Generalmente los padres y hermanos del suicida se refugian en la culpa y el resto de la familia y amigos no quieren investigar sobre las circunstancias concretas en que se produjo la muerte, pues, en muchas ocasiones, consideran que no se hizo todo lo posible. En estas circunstancias el resurgimiento de la culpa es inevitable.

Esta culpa puede ser una “culpa adecuada” que ayuda a elaborar la pérdida y una “culpa tóxica” que puede llegar a la autodestrucción del superviviente.

En el primer caso, el sentimiento de culpa puede favorecer el perdón, tanto respecto a los demás como a uno mismo. Es la “culpa reparadora” que partiendo del fallo real, no fantaseado, intenta reestablecer el equilibrio con uno mismo y con los demás.

---

<sup>2</sup> Castilla del Pino, C., ( 2000). *Teoría de los sentimientos*, Tusquets Editores, Barcelona

En el segundo caso, el sujeto se siente inmerso en un torbellino de malestar, que cada vez le oprime más hasta llegar, en ocasiones, al suicidio.

Pérez Barrero y Mosquera (2006)<sup>3</sup> explica la culpa del superviviente “por la imposibilidad de evitar la muerte del ser querido, por no haber detectado las señales que presagiaban lo que ocurrió, por no atender las llamadas de atención del sujeto, que habitualmente consisten en amenazas, gestos o intentos de suicidios previos, así como no haber logrado la confianza del sujeto para que les manifestara las ideas suicidas”.

La culpa se puede manifestar de diversas maneras: llanto continuo, descuido de la higiene personal, tristeza y en ocasiones con ideas autodestructivas. Es la forma de decir: “mirad cuanto he querido a mi esposo, hijo o padre, que tras el suicidio no puedo soportar la vida”.

### **3.2.- La vergüenza**

La vergüenza es difícil de definir. Podemos afirmar con Morrison (1997)<sup>4</sup> que la vergüenza “es un sentimiento de autocastigo que surge cuando estamos convencidos de que hay algo en nosotros que está mal, que es inferior, imperfecto, débil o sucio. La vergüenza es fundamentalmente un sentimiento de aversión hacia nosotros mismos, una visión odiosa de nosotros mismos a través de nuestros propios ojos, aunque esa visión pueda estar determinada por la forma en que damos por hecho o creemos que otras personas nos perciben”.

La vergüenza, pues, se puede producir por un doble camino: es respuesta a un hecho del sujeto o por la falta de haber producido una acción (en nuestro caso el superviviente de un suicidio se siente avergonzado pues la acción de su familiar suicida le está señalando, así lo vive él, como una “mala” persona pues no supo prevenir el suicidio) con consecuencias muy negativas, o bien, nos podemos también avergonzar de forma anticipada, ante un hecho que debemos realizar (por ejemplo, hablar en público) (Marina y López, 2000)<sup>5</sup>.

En definitiva, tenemos vergüenza cuando nos sentimos inferiores, hemos fallado en algo o tenemos miedo a fallar o de alguna manera comprendemos que los demás han descubierto nuestra deficiencia.

### **3.3.- El estigma**

Estigma proviene del griego “stigma” o picadura. Marca o señal, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud. Figurativamente deshonra, afrenta, mala fama.

---

<sup>3</sup> Pérez Barrero, S. A. y Mosquera, D. (2006). op. cit., p. 158

<sup>4</sup> Morrison, A. P. (1997). *La cultura de la vergüenza. Anatomía de un sentimiento ambiguo*. Barcelona: Paidós, p. 27.

<sup>5</sup> Marina, J. A. y López, M. (2000). *Diccionario de los sentimientos*, Anagrama, Barcelona 3ª ed.

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2005)<sup>6</sup> la voz estigma tiene diferentes acepciones: marca o señal del cuerpo; huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo, y la que se aplica en psicología, deshonra, mala fama (el estigma de Caín).

Goffman (1963)<sup>7</sup>, sociólogo norteamericano, fue el que acuñó el término en 1963, distinguiendo tres tipos de estigmas negativos: abominación del cuerpo, imperfección de carácter individual y miembro de un grupo social menospreciado. Insiste Goffman en que el estigma no es un atributo de la persona sino una característica relacional. Por ejemplo, ser una persona negra en África no es un estigma, pero sí lo puede ser en algún país europeo.

### **3.4.- Sentimiento de abandono**

Dado que el suicidio es una muerte sin un “adiós” que exprese sentimientos y quejas, el superviviente tiene la sensación de ser abandonado de forma unilateral e injusta. Y entonces las preguntas, sin posible respuesta, se multiplican: ¿cómo pudo hacerme esto? ¿qué hice para que me abandonara? ¿por qué lo ha hecho? ¿cuáles fueron las motivaciones que le impulsaron a tomar esa decisión? ¿se podría haber evitado?

Son preguntas que nunca van a tener una respuesta satisfactoria y que van a acompañar al superviviente durante toda su existencia y es cuando el fantasma de la culpa puede hacerse presente; todo ello acompañado con un sentimiento de abandono por parte del suicida, que a veces se reviste de agresividad.

### **3.5.- Autodestrucción**

No es difícil imaginar que la confluencia de estos sentimientos: culpa, vergüenza, abandono, junto con el estigma conduzcan al superviviente a pensar en su propia muerte. Sería una forma de purgar su fracaso en relación con el suicida.

## **4.- Estrategias terapéuticas en los supervivientes de un suicidio**

El duelo es un proceso, además de normal, necesario. En los procesos de duelo existen tareas que cumplir y que nos van a ayudar a superar el impacto de la pérdida. Las recordamos brevemente: aceptar la realidad de la muerte de nuestro ser querido, experimentar el dolor del duelo, adaptarnos al nuevo ambiente, y situar a la persona perdida en un lugar especial de nuestro mundo interno.

La evitación del duelo conlleva problemas psicológicos que pueden redundar en formas atípicas o patológicas del duelo.

A continuación indico algunas pautas terapéuticas recomendadas para estos duelos, aunque soy consciente de que no existe un tratamiento genérico/universal, pues

---

<sup>6</sup> Diccionario de la Lengua Española, Espasa Calpe, S.A. Madrid 2005

<sup>7</sup> Goffman, E. (1963), *El estigma. La identidad deteriorada*, CEUP, Montevideo 1985, pp. 14-15.

será muy distinto para los hermanos del suicida, para los hijos, para su pareja, para sus padres, amigos y/o compañeros.

Los principios generales de la intervención terapéutica se basarán fundamentalmente en adoptar una actitud empática y de contención por parte del terapeuta. Si se presenta sintomatología depresiva y/o angustiosa muy intensa será necesario el derivar al psiquiatra para una posible prescripción de psicofármacos.

#### **4.1.- Intervención terapéutica individual**

##### **Diferentes posiciones**

**En la fase primera de shock**, la marcada tristeza es evidente entre los familiares que tenían una relación más estrecha con el suicida, y coexiste con síntomas físicos, como vacío en el estómago, dolores precordiales, hipersensibilidad a los ruidos, sentimientos de irrealidad, falta de aire, pérdida de energía, trastornos del apetito y del sueño.

A la fase de shock le sigue una **fase de rabia**, la cual puede dirigirse en contra de todos, de los médicos que atendieron al individuo, el propio sujeto, el suicida, Dios, etcétera.

A esta fase le sigue la de **culpabilidad**, en la cual es notoria la angustia por no haber previsto el desenlace, los anhelos no satisfechos del suicida, las diferencias no resueltas en las relaciones con el difunto, posibles motivos que contribuyeron al desenlace fatal, pensamientos repetitivos y recuerdos del fallecido.

Por último, **la fase de reorganización** permite a los sobrevivientes reorientar sus energías psíquicas a nuevas motivaciones si el duelo es resuelto de forma satisfactoria.

El propósito de todas estas técnicas es fomentar la expresión plena de pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida, incluyendo remordimientos y decepciones.

##### **Acciones terapéuticas**

Tizón (2004)<sup>8</sup> señala las diferentes acciones terapéuticas que se deben realizar en el duelo por suicidio:

- A) Poder hablar de las culpas reales o fantaseadas de los sobrevivientes.
- B) Replantear las negaciones y distorsiones cognitivas y mitos familiares.
- C) Ayudar a afrontar los temores irrealistas.
- D) Afrontar los sentimientos de enfado, ira y temor.

---

<sup>8</sup> Tizón García, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo*. Barcelona: Paidòs.

- E) Afrontar con realismo los sentimientos de haber sido abandonado.
- F) Afrontar las fantasías acerca del futuro.
- G) Si existe un dispositivo adecuado, los grupos de familiares de suicidas, con supervisión o coordinación profesional, pueden ser válidos.
- H) En todo caso, es necesario que un acompañante o asesor conecte cuanto antes con el familiar del suicida.

### ¿Cómo podemos ayudar a los supervivientes?

Para llevar a cabo estas propuestas de actuación, puede ser útil la utilización de algunas técnicas concretas. Revisaremos a continuación el listado propuesto por Worden (1997)<sup>9</sup>:

- **Utilización de un lenguaje evocador.** El asesor puede usar palabras duras que evoquen sentimientos, como por ejemplo, “tu hijo murió” versus “perdiste a tu hijo”. Este lenguaje ayuda a la gente a aceptar la realidad que rodea a la pérdida y puede estimular algunos de sus sentimientos dolorosos. También puede ser útil hablar del fallecido en pasado: “su marido era...”.
- **Uso de símbolos.** Pedir al paciente que traiga fotos del fallecido a las sesiones. Esto no sólo ayuda al terapeuta a tener una sensación más clara de quién era dicha persona sino que, además, crea una sensación de inmediatez y un enfoque concreto para hablar **al fallecido** en vez de **hablar de él**. Otros símbolos útiles son cartas escritas por el fallecido, cintas de casete o vídeo suyas y artículos de ropa y joyería.
- **Escribir.** Hacer que el superviviente escriba una o varias cartas al fallecido expresando sus pensamientos y sentimientos. Esto le puede ayudar a arreglar los asuntos pendientes y a expresar las cosas que necesita decirle. Llevar un diario explicando la experiencia del duelo o escribir poesía también puede facilitar la expresión de sentimientos y dar significado personal a la experiencia de la pérdida.
- **Dibujar** al igual que la escritura, hacer dibujos que reflejen los propios sentimientos y experiencias con el fallecido son también útiles. Esta es una técnica muy buena para usar con niños, pero también funciona con adultos.
- **Role Playing.** Ayudar a las personas a representar diferentes situaciones que temen o sobre las que se sienten molestas es una manera de desarrollar sus habilidades –algo que es muy útil al trabajar con la Tarea III (Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente). El terapeuta puede participar en el role playing, ya sea como facilitador o para modelar posibles conductas nuevas en el cliente.

---

<sup>9</sup> Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, pp. 82-84

- **La reestructuración cognitiva**, Aquí el supuesto subyacente es que nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos, sobre todos los pensamientos encubiertos y el habla interna que fluye constantemente en nuestra mente. Al ayudar al paciente a identificar estos pensamientos y contrastarlos con la realidad para ver su precisión y sobregeneralización, el terapeuta puede ayudar a reducir los sentimientos disfóricos que provocan ciertos pensamientos irracionales.
- **Libro de recuerdos**. Una actividad que puede realizar nuestro paciente es hacer un libro de recuerdos sobre el fallecido. Este libro puede incluir historias sobre los acontecimientos familiares, cosas memorables como instantáneas y otras fotografías, y poemas y dibujos realizados por diferentes miembros, incluidos los niños. Esta actividad puede ayudar a recordar viejas historias y finalmente a elaborar el duelo con una imagen más realista de la persona muerta.
- **Imaginación guiada**. Ayudar a la persona a imaginar al fallecido, ya sea con los ojos cerrados o visualizando su presencia en una silla vacía, y animarle a decirle las cosas que siente necesidad de decirle, es una técnica muy poderosa. El poder viene, no de la imaginación sino de estar en el presente y, de nuevo, **hablar con la persona** en vez de **hablar de la persona**.

El propósito de todas estas técnicas es fomentar la expresión plena de pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida, incluyendo remordimientos y decepciones.

#### 4.2.- Intervención terapéutica grupal

Los Grupos de Apoyo Mutuo son grupos de personas que están directa y personalmente afectadas por un problema, condición o interés específico. La evidencia sugiere insistentemente que los Grupos de Apoyo Mutuo son un medio poderoso y constructivo para que la gente se ayude a sí misma y mutuamente. Se ha demostrado que los grupos pueden contribuir significativamente a la obtención de resultados positivos para quienes participan en ellos.

Entre los beneficios, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000)<sup>10</sup> señala, de estos Grupos de Apoyo Mutuo, están los siguientes:

- Contar la propia historia, además de producir una catarsis en el superviviente, puede ayudar a diluir el sufrimiento al sentirse comprendido y poder compartir con otras personas la misma angustia.
- La propia historia del grupo terapéutico puede ayudar al superviviente a comprobar cómo han ido sus miembros superando las diferentes fases del

---

<sup>10</sup> OMS, 2000, "Prevención del suicidio. ¿Cómo iniciar un grupo de supervivientes?", Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, Organización Mundial de la Salud. Ginebra  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/survivors\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/survivors_spanish.pdf)

duelo y cómo han solucionado, por ejemplo, el primer aniversario de la muerte o la fecha de su cumpleaños.

- El grupo puede señalar las preguntas sin respuestas, que todo superviviente se ha hecho en algún momento y cómo es saludable seguir adelante aunque no se tengan las respuestas satisfactorias.

### **Factores potenciales de riesgo para el Grupo de Apoyo**

Una característica de estos Grupos de Ayuda Mutua es que son diferentes tanto en la problemática que plantean (suicidio de un esposo/a, de un hermano, de un hijo, entre otros) como la heterogeneidad de las personalidades que lo forman. Pero una cosa uniforma a todos los componentes del Grupo: todas las pérdidas son iguales de importantes.

Riesgos:

- El riesgo es caer en un ranking de pérdidas: "mi pérdida es mayor que la tuya", etc.
- Confusión de roles de los participante: como en la composición de otros grupos terapéuticos, aquí también pueden concurrir diferentes roles asumidos por sus miembros: el que solamente sabe dar consejos, el que interrumpe el discurso del compañero, el que se "va por las ramas", el que entra en competición con el terapeuta, etc. Siempre el coordinador del grupo debe saber cómo manejar estas situaciones para que el Grupo pueda ayudar a elaborar el duelo, que siempre es personal e intransferible.
- Otro riesgo es que el terapeuta se contagie de la angustia de los propios participantes del grupo. Para evitar esto, el terapeuta debe saber establecer una actitud defensiva, que le permita una distancia saludable con el dolor ajeno, sin caer en una relación fría y distante.
- Atención especial se debe dedicar a las personas que padecen un duelo patológico pues pueden paralizar la dinámica grupal.

### **CONCLUSIONES**

- 1.- El duelo es una experiencia cotidiana de la existencia humana. Es una experiencia diádica.
- 2.- El duelo por suicidio se puede complicar cuando no se tienen las herramientas necesarias para afrontarlo.
- 3.- Los supervivientes de un suicidio pueden experimentar un abanico de sentimientos: culpa, vergüenza, etc.
- 4.- Riesgo de victimación. Importancia del "nosotros".
- 5.- El proceso del duelo no es en línea recta sino quebrada.
- 6.- Dos formas de tratamiento: individual y grupal.



## **APÉNDICE: BIBLIOGRAFIA COMENTADA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA**

**ABADI, M., GARMA, A., GARMA, E. et al. : La fascinación de la muerte,** Barcelona, Paidós, 1973.

Es un buen libro sobre la muerte y el suicidio desde la perspectiva psicodinámica. Tiene un capítulo (Los suicidios) que es muy interesante para entender la conducta suicida desde la posición psicoanalista.

**AL ALVAREZ., El dios salvaje,** Emecé editores, Barcelona, 2003.

Es un relato autobiográfico estremecedor sobre el suicidio, abordando temas tan interesantes como los aspectos históricos, sociológicos, filosóficos y clínicos del suicidio.

**ANDRÉS, R., Historia del suicidio en occidente,** ed. Península, Barcelona, 2003.

Como su título indica es un libro que hace una reflexión del suicidio en las distintas culturas, desde Mesopotamia hasta nuestros días, mostrando las diferentes posturas que el hombre occidental ha tenido respecto a la muerte voluntaria.

**ALVIRA MARTÍN, F. Y CANTERAS A., El suicidio juvenil,** Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Madrid, 1997.

Es una monografía que partiendo de datos estadísticos sobre el suicidio en la población juvenil hace una reflexión sobre la posible interpretación explicativa del suicidio juvenil.

**BOBES GARCIA, J., GONZÁLEZ SEIJO, J.C., y SÁIZ MARTINEZ, P., Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas,** ed. Masson, Barcelona, 1997.

Libro redactado por varios autores. Trata desde la evolución histórica del fenómeno suicida hasta los planes preventivos actuales, pasando por la evaluación del riesgo suicida e intervenciones terapéuticas.

**DURKHEIM, E. (1897): El suicidio,** Akal editor, Madrid, 1976.

Libro clásico, que aborda el suicidio desde la sociología.

**FREMAN, A. y REINECKE, M.A., Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida,** Desclée De Brouwer, Bilbao, 1995.

Como su título indica es un libro que aborda el suicidio desde la perspectiva cognitiva con múltiples casos clínicos e indicaciones terapéuticas.

**PÉREZ JIMÉNEZ, J. C., La Mirada del Suicida. El enigma y el estigma,** Plaza y Valdés, Madrid, 2011.

Escrito por un periodista es “la mirada” sobre el suicida y sus familiares, desde la propia vivencia personal (el padre del autor se suicidó). Aborda temas tan significativos como la angustia de los familiares supervivientes, el manejo de los medios de comunicación de estas conductas o el impacto de la farmacología en este tipo de comportamientos.

**ROCAMORA BONILLA, A., Intervención en crisis en las conductas suicidas,** Desclee De Brouwer, Bilbao, 2012.

Se desarrollan dos conceptos básicos: crisis y conducta suicida, en sus diferentes presentaciones: ideación suicida, gesto suicida, intento autolítico, etc. De forma sencilla, e ilustrándolo con casos clínicos, se describen las diferentes técnicas terapéuticas que se pueden utilizar en este tipo de comportamientos.

**ROJAS, E.: Estudios sobre el suicidio,** ed. Salvat, 2ª ed. , Barcelona, 1984.

Es un buen texto para entender el suicidio desde la psiquiatría y desde una perspectiva fenomenológica y clínica.

**ROS MONTALBÁN, S., La conducta suicida,** Editorial Libro del Año, Madrid, 1997.

Es un libro redactado por diversos autores que analizan los diversos aspectos de la conducta suicida: visión histórica, diagnóstico psiquiátrico y suicidio, la conducta suicida en los niños, adolescentes y ancianos, etc.

**SARRÓ, B. Y DE LA CRUZ B., Los suicidios,** ed. Martínez Roca, Barcelona, 1991.

Es un trabajo de la Dra. Sarró ( psiquiatra catalana y especialista en el tema del suicidio) que analiza los aspectos más interesantes del suicidio, desde los aspectos históricos hasta el último capítulo que plantea las estrategias terapéuticas de los actos suicidas. Aunque es un pequeño libro en extensión pienso que es un buen trabajo para iniciarse en el tema del suicidio.

**SZASZ, T., Libertad fatal. Ética y política del suicidio,** ed. Paidós, Barcelona, 2002.

El autor, desde una visión revolucionaria de la psiquiatría ( desde el movimiento antisiquiátrico) reflexiona sobre el derecho de toda persona al suicidio y se cuestiona si realmente el suicidio es consecuencia de una enfermedad mental o no. Incluso llega a afirmar que algún día contemplaremos el suicidio tan normal como la masturbación o el control de la natalidad, hechos que hasta hace pocos años eran considerados patológicos.

**THOMAS E. ELLIS (editor), Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia,** Manual Moderno, 2008, Mexico.

Manual redactado por varios autores. Habría que destacar el capítulo I: Visión general y perspectiva histórica y el capítulo III sobre los Aspectos cognitivos de la

suicidibilidad. Es muy sugerente la teoría de la vulnerabilidad fluida para explicar la tendencia crónica de algunas personas hacia el suicidio.

**VILLARDÓN GALLEGO, L., El pensamiento de suicidio en la adolescencia,** Universidad de Deusto, Bilbao, 1993.

Es un buen libro sobre la vivencia suicida. Destacaría sobre todo el capítulo sobre “el suicidio. Un concepto multidimensional” donde plantea un concepto integral ( aspecto biológico, psicológico y social) del suicidio.

