

Asociación mexicana de tanatología, A.C.



EL SUICIDIO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

TANATOLOGIA

PRESENTA:

Norma Yolanda Piña Martínez

Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia A.C.



México, D.F. a 28 de julio de 2014.

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.
PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

Norma Yolanda Piña Martínez
Integrante de la generación 2013 – 2014

El nombre de la Tesina es:

EL SUICIDIO Y SUS CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA

Atentamente,

DRA. GALIA CASTRO
Director de la tesina.

El suicidio y sus consecuencias en la familia.

AGRADECIMIENTOS

A Franck, por ser el hombre de mi vida, porque me ha acompañado en muchos de los momentos más importantes y porque todos los días me demuestra que siempre estará conmigo.

A mis hijas Dany y Galy, por ser las mujeres más maravillosas que conozco, porque las quiero inmensamente y porque estoy muy orgullosa de ellas.

A mi nieto Bradley, porque me ha hecho conocer una felicidad que no imaginaba que existía.

A Jonathan, por amar a dos de mis grandes amores y por su lucha y tenacidad.

A mis hermanos Martha, Norella y Arturo porque juntos somos parte de esas familias que tienen un suicidio en su historia. En nosotros está evitar que este acto se repita.

A mis sobrinos Monín, Andre, Rurru y Emiliano por pertenecer a esta familia.

A mis cuñados Alejandro y Gabriel, por haberse integrado a esta familia y continuar en ella.

A mis papás, porque, aunque ya no están conmigo, sé que estarían orgullosos de este trabajo y, porque con su ausencia me han motivado a seguir este camino.

A mi abuela Virginia, por ser la inspiración para la realización de este trabajo.

A todos aquéllos que decidieron terminar con sus sufrimientos, a pesar de las consecuencias que este acto provocaría en sus familias.

A mis amigas tanatólogas: Lore, Angie, Norma, Ale Martín, Irene, Ale, Cintia y Estela, por demostrarme que no solamente de los maestros se aprende.

A todos mis maestros del diplomado, por compartir su sabiduría y por seguirme dando las herramientas necesarias para ayudar a quienes sufren por una pérdida.

A Marina, por su disponibilidad y eficiencia.

A la doctora Galia Castro, por haber aceptado amablemente revisar este trabajo. Todo mi agradecimiento para ella.

El suicidio y sus consecuencias en la familia.

Indice

1. Justificación.....	4
2. Objetivo.....	6
3. Marco teórico.....	6
4. Sobre el suicidio.....	8
4.1 Aspectos psicológicos.....	8
4.2. Aspectos sociales y familiares.....	10
5. La familia ante el suicidio.....	11
6. Secuelas psicológicas en la familia.....	13
7. El duelo por el suicidio.....	16
8. Abordaje tanatológico de la familia de un suicida.....	18
9. Conclusiones.....	23
10. Bibliografía.....	25

1.- Justificación

El incremento en el número de suicidios consumados, particularmente por jóvenes, es alarmante, según cifras del INEGI (2013-2014). El suicidio se ha convertido en la tercera causa de muerte en jóvenes y la cuarta en adultos, lo que lo convierte en un problema de salud pública. Se calcula que por cada muerte atribuible a esta causa se producen entre 10 y 20 intentos fallidos.

Expertos de la UNAM alertan sobre el hecho de que en México diariamente se suicidan 16 personas. En 2011, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ocurrieron cinco mil 718 suicidios en el país, de los cuales cuatro mil 19, es decir el 70% fueron cometidos por personas en edad productiva, entre los 15 y los 44 años de edad.

En México los tres principales motivos para cometer el acto suicida son:

- 1) Disgusto familiar, soledad (generalmente personas ancianas)
- 2) Causa amorosa (adolescentes y adultos jóvenes en su mayoría).
- 3) Enfermedad grave e incurable.

Se sabe también que el 90 por ciento de las personas que mueren a causa del suicidio sufren algún tipo de enfermedad mental diagnosticada o no; una buena parte de éstas sufren depresiones graves o trastorno bipolar.

Sin embargo, no hay que dejar que las estadísticas induzcan al error de apreciación, ni todas las personas que sufren enfermedades mentales se suicidan, ni todos los que mueren por causa de suicidio padecen un trastorno mental. No hay que pensar, de ninguna manera, que el suicidio es en sí mismo una enfermedad.

La OMS y la ONU insisten, desde 1996, en buscar e implementar políticas de prevención, una vez que se ha constatado que las muertes voluntarias superan a las provocadas por homicidios y guerras y que en 2020 las muertes por suicidio podrían ascender a un millón y medio. A pesar de estas cifras alarmantes, ningún programa se ha puesto en marcha para prevenirlo o para atender de manera urgente a supervivientes.

2. Objetivo

Conocer de qué manera afecta en la familia una muerte por suicidio y cuáles son las estrategias para ayudarla.

3. Marco teórico

“La vida ya no es la misma, ya no puede serlo.”

Luis Mateo Diez, escritor y académico español

El suicidio, clasificado como una conducta autodestructiva, es el acto por medio del cual una persona decide acabar con su vida. Es un fenómeno que afecta a un gran número de personas en el mundo; sin ser privativo de ningún grupo humano se observan tasas elevadas en sociedades culturalmente vinculadas, sin que hasta el momento se tenga certeza de las razones de estas predominancias. (Berlote, 2001).

Hablar de suicidio significa hablar de una de las formas más dramáticas y violentas de morir. Es la causa que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización. (Pérez Barrero)

El suicidio es la consecuencia de una actividad psicológica sometida a una situación anómala infrecuente y de requisitos extremos, o que el sujeto así la percibe; no debe pensarse siempre como la acción de un perturbado mental. (Medina, 1991)

En un estudio realizado por Murray Bowen, pionero de la terapia familiar sistémica, se expuso que *“la muerte, o la amenaza que ésta supone, representa el acontecimiento más traumático de cuantos pueden alterar el normal desenvolvimiento de una familia. Nada es comparable a los efectos traumáticos que provoca en la unidad familiar la desaparición de alguno de sus miembros. Como es obvio, la intensidad de la reacción emocional dependerá tanto de la importancia funcional de la persona que desaparece como del método con que ésta lo hace.”* (Bowen, 1978).

De esta manera, podemos deducir que no todas las muertes provocan el mismo impacto. Algunas personas desencadenan una “fuerte onda de choque emocional”, mientras que otras llevan a cabo un duelo en tiempo y condiciones normales, sin que la desaparición incida tanto en el funcionamiento familiar. Existen también las muertes que representan un alivio a los familiares: enfermos con un padecimiento largo y doloroso, enfermos violentos y que provocan graves disfunciones dentro de la unidad familiar. Una vez transcurrido un período normal de dolor y duelo por el pariente fallecido, la familia inicia una etapa de tranquilidad y equilibrio emocional.

En este trabajo abordaremos las consecuencias que deja en una familia el suicidio de alguno de sus integrantes, la complicación del duelo después de un suicidio, así como algunas estrategias tanatológicas para acompañarlos.

En este sentido es importante considerar todos los aspectos que rodean al suicidio, entre ellos están el tabú (social, cultural, religioso) y los mitos que envuelven a este acto.

A medida que han avanzado las investigaciones acerca del suicidio y se ha difundido la experiencia del trabajo psicoterapéutico, muchos mitos se han terminado; sin embargo, otros se han mantenido vigentes, y es necesario cuestionarlos. Uno de los mitos más fuertes y riesgosos es suponer que la persona que ha cometido un intento de suicidio no va a cometer otro. Si la persona intentó suicidarse una vez y no ha resuelto la crisis que está viviendo o no ha recibido apoyo adecuado de un profesional, se incrementa el riesgo de manera considerable de que lo intente nuevamente y con mayor probabilidad de lograrlo, y más aún si el propio terapeuta asume que el suicida fallido no reincidirá (Eguiluz, 2010).

Otros mitos son de naturaleza diversa. Hay quien piensa que solo los viejos se suicidan, que quien se suicida es un cobarde o un valiente, que si se reta a un suicida éste no lo intenta, que quien lo dice no lo hace, y otro mito, que abordaremos más adelante: que el suicidio se hereda.

4. Sobre el suicidio

“El suicida cuestiona en sus raíces la relación que mantiene consigo mismo y con la sociedad.”

Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo

Antes de explicar las categorías de las causas del suicidio, haré una breve presentación de la conceptualización de la conducta suicida, que es altamente compleja. Algunos términos utilizados resultan muy complicados tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos (Chinchilla, Correa, Vega, 2003). La nomenclatura actual, y la más aceptada, para categorizar la conducta suicida es la que habla de ideación suicida, comunicación suicida y conducta suicida (Silverman, 2007)

4.1 Aspectos psicológicos

De acuerdo con los estudios de Freud, el instinto podría definirse como la presentación psicológica congénita o deseo proveniente de una necesidad interna; el deseo actúa como una motivación de la conducta, determina la dirección que ésta ha de tomar, es decir, que mientras aumenta la sensibilidad del individuo a ciertos estímulos, el instinto ejerce un control selectivo sobre la conducta. El organismo puede activarse por estímulos provenientes del exterior, aunque, según él, estos estímulos imponen al individuo menores exigencias que requieren formas de adaptación menos complejas que las necesidades creadas por los instintos; así pues, los instintos constituyen la suma total de la energía psíquica de la que la personalidad dispone.

Según Freud, existen dos tipos de instintos sexuales que se traducen en instintos de conservación y el de muerte, este último incluye al impulso agresivo. Se habla de impulso dirigido hacia sí mismo o desplazamiento intrapunitivo cuando la frustración no puede ser manejada constructivamente, ni canalizada hacia el exterior, por lo que la persona lo guiará hacia sí misma, consumiendo drogas y alcohol con el deseo inconsciente de autodestruirse, o lo hará directamente: suicidándose.

El suicidio es un acto involuntario e intencional para la autodestrucción, o sea, la agresión dirigida hacia uno mismo ante la pérdida de un objeto trascendental en la vida y constituye un problema psicopatológico de gran magnitud. (Simone, 1970).

Es importante considerar las características y los rasgos de personalidad que están presentes en un suicida:

- a) **Infelicidad.-** Las causas son muy diversas, puede tratarse desde una autoestima pobre hasta serias complicaciones psicológicas y fisiológicas.
- b) **Dependencia.-** Imposibilidad para asumir sus acciones y pensamientos de manera autónoma, necesidad de tener a alguien en quien apoyarse y que prácticamente resuelva sus problemas cotidianos. Esta característica está ligada al miedo a la soledad.

- c) **Ausencia de sentido de la vida, desesperanza.**- Relacionada con las dos características anteriores. Existe el miedo a la frustración.
- d) **Depresión.**- De origen y manifestaciones muy variadas. El suicidio es generalmente el resultado de una depresión profunda.
- e) **Perfeccionismo.**- Personas con un pequeño umbral para la frustración ya que su autoestima depende de sus logros, y pueden llegar a sentir que no valen nada como personas por las faltas cometidas.
- f) **Soledad.**- Afecta sobre todo a personas mayores; sin embargo, los adolescentes y adultos no están exentos de vivir un aislamiento real o imaginario.
- g) **Impulsividad.**- Reacciones generalmente irracionales, muchas veces están ligadas a la ausencia de algunas sustancias químicas indispensables para el equilibrio emocional, aunque no siempre es el caso.
- h) **Expectativas irreales.**- Miedo al fracaso. En ocasiones se trata de actitudes de fantasía, que, al no verse cumplidas, se ve a la muerte como un medio de gratificación: querer alcanzar a un ser querido, por ejemplo.

Si a estos rasgos y características le añadimos el consumo de drogas y alcohol, tenemos un individuo potencialmente suicida.

Está comprobado que el elemento psíquico es determinante para llevar a cabo el acto suicida. Los problemas no resueltos durante las etapas de desarrollo infantil y la estructuración de la personalidad son dos factores sumamente importantes que influyen en la decisión del suicida.

4.2. Aspectos sociales y familiares.

Emile Durkheim escribió en 1990 una de las teorías más importantes del suicidio a nivel social: *“la evolución del suicidio está compuesta por ondas de movimientos sucesivos distintos, que tienen lugar por impulsos. Se desenvuelven durante un tiempo deteniéndose después. Inseguridad.”* (Durkheim, 1990)

De igual manera, Durkheim hace una clasificación de las causas tanto sociales como extrasociales, en las que enumera la alineación mental en todas sus variantes como causas de suicidio: la raza, la herencia genética, los factores cósmicos y la limitación.

Durkheim sostuvo la idea de que el suicidio está íntimamente ligado al grado de integración religiosa, económica y política.

Hay que tener en cuenta el acto suicida varía inmensamente según la edad, el estado civil, la profesión, el desempleo y la existencia de hijos.

Una vida familiar no gratificante llena de frustración y rabia a una persona con autoestima baja, quien se sentirá rechazada y humillada, lo que forma un tremendo círculo vicioso y esto termina en la auto destrucción definitiva.

Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio, puede favorecer el efecto contagio. Así, la información sobre el suicidio, con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo, etc) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes. Esto, sin embargo, no ocurre cuando la información se enfoca a sensibilizar a la población y prevenir el suicidio.

Las víctimas de violaciones o abandono en la infancia viven constantes sentimientos de culpa, vergüenza, soledad, aislamiento que muy fácilmente los conducirá a una depresión profunda y a la ideación suicida. La acumulación de culpas puede llevar a una necesidad de expiación y con ello a la necesidad del auto castigo. Son personas que no pueden aceptarse ni perdonarse.

Dentro de estos aspectos encontramos también el suicidio por contagio o por imitación. La imitación de la conducta suicida se puede producir cuando una persona inestable o en situación de vulnerabilidad se entera que alguien de su entorno se quitó la vida o intentó quitársela, este suceso puede facilitar, por imitación, el intento suicida.

5. La familia ante el suicidio

“Este camino para sentirse completo no tiene mapas. Es el viaje más doloroso que existe (lleno de giros e imprevistos, corazones heridos y malentendidos). En esta senda surgen pequeñas maravillas, pero puede que estemos demasiados doloridos o débiles para reconocerlas. Sin embargo llegará el día en que puedas mirar hacia atrás y saber que estuvieron allí.

Compartimos tu soledad. Compartimos tu pesar. Compartimos tus dudas. Honramos a aquellos que amamos y hemos perdido por suicidio. Que el resplandor y la belleza de sus vidas no sean nunca definidas por sus muertes.

Los supervivientes son las personas más valientes que conocemos. Cúdate, ten paz, ten esperanza.”

Palabras de saludo a los supervivientes de la **Fundación Americana para la Prevención del Suicidio** de su *Guía de Recursos y Recuperación: sobrevivir a una pérdida por suicidio.*

Según el diccionario de la RAE (Real Academia de la Lengua Española), la familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción. La familia como grupo social debe cumplir con tres funciones básicas: la función económica, la función biológica y la función educativa, cultural y espiritual; la familia, entonces, debe ser capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros para ser considerada como un sistema de apoyo.

Tenemos un deseo natural de averiguar cosas, especialmente en lo referente a nuestras raíces, ya que la familia constituye nuestro clan de origen, una parte de nuestro ser y, en muchos aspectos, va moldeando nuestro destino. Esta búsqueda de las raíces y de la conciencia implica intentar llegar al alma de nuestra familia, esa causa esencial por la que es como es; y se nos pide que pensemos en cosas de nuestra familia que nunca nos hemos planteado. Se nos pide que escuchemos historias de nuestra familia sin interponer nuestros juicios de valor ni nuestras formas habituales de comprender. Al conocer mejor a nuestra familia tenemos la oportunidad de acceder a los puntos más débiles y fuertes que hemos desarrollado como resultado de habernos adaptado a sus secretos ocultos (Bradshaw, 2000)

Lo anterior lo menciono porque es importante tener en cuenta que el nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los demás, y, en consecuencia, a toda la familia. Por ejemplo, la enfermedad o muerte de alguno de sus miembros altera al resto de los familiares, quienes tienen que cambiar sus actividades, su rutina, su estilo de vida, para cuidar del enfermo o, en el peor de los casos, vivir un duelo.

Dentro del núcleo familiar es impresionante el número de pautas que se repiten durante varias generaciones, entre las cuales se encuentran los actos y los intentos suicidas, que permanecen en secreto por cuestiones de vergüenza y pudor. Nada es más vergonzoso ni más doloroso para los familiares de un

suicida que reconocer un acto suicida dentro de su grupo. Mucha gente se siente impotente y avergonzada por los secretos que guardan entorno a la muerte de personas por las que no han podido expresar su pesar o entorno a suicidios de familiares. Para conocer los es necesario adentrarse en las profundidades de la misma familia.

La muerte es una causa universal de pudor que juntos con el sufrimiento y el profundo penar que les acompañan, son experiencias humanas que la familia esconde apropiadamente, lejos de toda mirada extraña.

El secreto de la muerte es el factor que determina si una familia es capaz de afrontar la amenaza de pérdida de uno de sus miembros. Si la familia es capaz de enfrentarse al secreto de la muerte podrá sobrellevar y lamentar la pérdida de ese ser. Cada persona tendrá su propia forma de prepararse y de expresar la pena por dicha pérdida.

Por lo general , en los casos de enfermedades terminales, de asesinatos y de suicidios la tendencia es proteger a las generaciones siguientes, particularmente a los niños, porque se cree que son incapaces de enfrentarse a la muerte y a todo su proceso. Sin embargo, este tipo de secretos puede acarrear graves consecuencias. A esto se le llama “secreto oculto por ignorancia”, cuyo efecto se convierte en enojo, indignación y humillación posteriormente. Al llegar a la adolescencia o a la edad adulta, estas personas sienten como si no hubieran sido parte del grupo por haber sido apartadas y no participar en lo que estaba sucediendo o porque las consideraron demasiado insignificantes como para haber entendido la situación (Bradshaw, 2000).

Según John Bradshaw , en su capítulo “*Los secretos ocultos de sus antepasados*” (Bradshaw, 2000), en el que presenta el Diagrama generacional de James Jeter, la mayoría de las familias que guardan secretos oscuros producen un gran impacto transgeneracional, en particular nos interesan los que impiden que la familia pueda resolver los problemas del pasado y, por lo tanto, mantienen la disfunción generacional. Es decir, en el caso del suicidio de algún antepasado y que este hecho no se haya querido revelar se convierte en un secreto que se mantiene mediante mentiras y engaños: “*un secreto lleva a otro*”. Si este secreto guarda un suicidio y la muerte de esa persona ha sido explicada a sus descendientes como una muerte natural, una enfermedad prolongada o un accidente, entonces, el solo hecho de mantener este secreto genera ansiedad, ya que la familia deberá estar permanentemente en estado de alerta para que nada se descubra, y se ve en la obligación de evitar ciertos temas y de distorsionar la información para que el secreto no sea desvelado.

Es importante recordar que las víctimas del suicidio muchas veces provienen de familias con problemas sociales difíciles como el alcoholismo, la violencia o el abuso infantil. En este contexto existen ya sentimientos ambivalentes y el suicidio sirve para aumentarlos.

6. Secuelas psicológicas en la familia

A partir de entre los siete y diez años de edad, todos los seres humanos saben que tienen que morir; a pesar de esto, la muerte siempre será motivo de angustia y miedo para los que siguen viviendo y, es por ello, como ya había mencionado anteriormente, el efecto que una muerte causa en la familia es directamente proporcional a la forma en que fallece. Al respecto se dice que “ la persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes, que tienen que lidiar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo.

Miles de personas en el mundo son supervivientes al suicidio de un miembro de su familia o de un ser querido, y se quedan no sólo con la sensación de pérdida, sino también con el legado de la vergüenza, el miedo, el rechazo el enojo y la culpa.

“Creo que la persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Puede ser una carga muy pesada” (Cain, 1972)

- **6.1 Tristeza y rabia.** Durante la fase de incredulidad aparece también la tristeza, aunada a algunos síntomas físicos, tales como dolores precordiales, hipersensibilidad, sentimientos de irrealidad, trastornos del apetito y del sueño. Después llegará la fase de rabia, que puede ir dirigida hacia uno mismo, por no haber sabido o no haber podido evitar el suicidio; hacia los médicos, por no haber sido capaces de impedir la decisión del familiar; hacia el suicida, por haberse dado por vencido y haber rechazado la ayuda que se le prestó o se hubiera estado en disposición de prestarle.
- **6.2. Fracaso de rol.** Este sentimiento está ligado a la culpa, sobre todo en el caso de las madres quienes, por su rol de protectoras y cuidadoras, sienten haber fracasado y encuentran muy difícil comprender por qué, a pesar de sus desvelos, sus cuidados, sus intentos de protección y sus esfuerzos de contención, hayan sido inútiles para evitar la tragedia.
- **6.3. Miedo.** Es una respuesta normal después de un suicidio. Está presente en la mayoría de los familiares del suicida y tiene que ver con una especie de vivencia que los hace sentirse vulnerables y en riesgo de repetir la conducta del suicida o de padecer una enfermedad mental que les empuje a ello. Este sentimiento que afecta, sobre todo a los más jóvenes, queda reforzado cuando cada uno entra en contacto con sus propios pensamientos autodestructivos. Un temor a una predestinación se hace presente entre varios integrantes de la familia. La familia del suicida puede experimentar un tremendo horror al pensar que el suicida haya podido

arrepentirse cuando ya era muy tarde, cuando las fuerzas lo habían abandonado, y no haber podido evitar la muerte, a pesar de haberlo deseado. Se sabe que los niveles de ansiedad son más altos entre los supervivientes de suicidios que entre los de muertes naturales.

A propósito de los supervivientes de suicidio, particularmente hijos de suicidas:

“Característicamente encuentran que a la vida le falta cierto entusiasmo. Tienden a sentirse más desarraigados que la mayoría, incluso en una sociedad notoriamente desarraigada. Están poco interesados por el pasado, insensiblemente seguros respecto al futuro, hasta este punto tan espeluznante: sospechan que probablemente ellos también se suicidarán” (Cain, 1972)

Un aspecto importantísimo en la investigación de Worden es el que llevó a cabo con familias en las que hubo varios suicidios. Se encontró con que los supervivientes vivían en un estado altísimo de ansiedad por miedo a la transmisión genética de la tendencia. Algunos de sus pacientes venían a consulta desesperados ante la idea de tener descendencia con características suicidas; incluso encontró a personas que se negaban rotundamente a tener hijos, por miedo a que heredaran la fatídica carga familiar.

- **6.4. Culpa.** La culpabilidad es como un enorme peso en la familia del suicida. Este sentimiento está íntimamente ligado a la sensación de fracaso que se experimenta por no haber sido capaces de evitar la muerte del familiar. El no haber podido detectar oportunamente las señales que anunciaban lo que ocurriría, el no haber puesto atención en las llamadas de auxilio del suicida, las que habitualmente consisten en gestos, intentos de suicidio previos, así como no haber logrado la confianza del ser querido para que éste manifestara sus ideas suicidas constituyen una terrible carga moral para la familia. Otras veces la culpabilidad la ocasiona el no haber tomado una medida a tiempo, a pesar de reconocer las manifestaciones de un deterioro emocional y psicológico que seguramente conducirían al suicidio. Se ha comprobado que, muchas veces, cuando la culpabilidad es insoportable, el familiar puede fallecer de alguna causa médica poco después del suicida, o bien, puede también cometer un acto suicida para acabar con su culpa. Este sentimiento de culpa es particularmente cuando el suicidio ha ocurrido en el contexto de algún conflicto interpersonal entre el fallecido y el superviviente. A pesar de que los sentimientos de culpa son normales después de cualquier tipo de muerte, en el caso de suicidio se pueden exacerbar seriamente. Debido a la intensidad de la culpa las personas sienten que necesitan ser castigadas y pueden actuar con la sociedad de manera que, a su vez, dicha soledad las castiga a ellos. El alcoholismo, la drogadicción y la delincuencia pueden ser ejemplos de esta conducta de autocastigo, aunque, cabe aclarar, que no todos los delincuentes, alcohólicos y drogadictos son producto de esta conducta, ni que todos los supervivientes terminan siendo delincuentes alcohólicos o drogadictos..

La culpa se puede también manifestar culpando a otros. Algunas personas controlan su propia sensación de culpabilidad proyectándola en otros y culpándolos de la muerte. Encontrar a alguien a quien echar la culpa puede ser un intento de afirmar el control y de encontrar significado en una situación difícil de entender.

- **6.5. Sentimientos de traición y abandono.** El impacto del suicidio en una familia no es de ningún modo el mismo para cada integrante. En el caso de los hijos y la esposa o esposo, se añade, a la tristeza y el dolor, el sentimiento de abandono y traición. Los hijos no pueden entender cómo su padre fue capaz de abandonarlos, de haber cometido el acto de suicidio sin haber pensado en ellos; para el cónyuge, es una traición, pues sienten que su pareja pensó más en sí mismo y no le importó dejar sola o solo al cargo de una familia. Los proyectos truncados son también un motivo para que un esposo o esposa se sientan traicionados. El desamparo se instala de manera mucho más fuerte que en los hermanos, primos, etc.

Estar en duelo por una muerte autoimpuesta es sentirse abandonado, traicionado y rechazado. Los supervivientes especulan que el fallecido no pensó lo suficiente en ellos, de lo contrario no habría cometido un suicidio, así, el superviviente siente que en realidad el suicida no lo valoraba tanto. (Lindemann, 1953).

- **6.6. Vergüenza** La mayoría de las familias vive el suicidio como un verdadero estigma que les llena de vergüenza y que no les es fácil sobrellevar. Existe entonces la necesidad de enmascarar una realidad terriblemente dolorosa. Se fabrica así un verdadero tabú sobre lo que en realidad le sucedió a la víctima. Es una forma de protección y al mismo tiempo algo que no se quiere aceptar porque resulta más amenazante de lo que uno está dispuesto o capacitado a soportar. La presión emocional añadida no sólo afecta a las interacciones del superviviente con la sociedad sino que puede, además, alterar de manera importante las relaciones en la unidad familiar. Es muy frecuente que los miembros de una familia sepan quién conoce y quién no los hechos que rodean la muerte y, casi con un acuerdo tácito, ajusten su conducta los unos a los otros basándose en ese conocimiento. (Worden, 1991)

- **6.7. Pensamiento distorsionado.** Frecuentemente los supervivientes, especialmente los niños, necesitan ver la conducta de la víctima no como un suicidio sino como una muerte accidental. Lo que se crea es un tipo de comunicación distorsionada en las familias. La familia crea un mito respecto a lo que realmente le pasó a la víctima y si alguien lo cuestiona llamando a la muerte por su nombre real, provoca el enojo de los demás, que necesitan verla como una muerte accidental o cualquier otro tipo de fenómeno natural. Worden asegura que este tipo de pensamiento puede resultar útil a corto plazo, pero a la larga no es nada productivo.

7. El duelo por el suicidio.

“El suicidio es la crisis de duelo más difícil que ha de afrontar y resolver cualquier familia”

Cuando se pierde a una persona querida se inicia un proceso de aceptación de la pérdida, de despedida definitiva, que puede prolongarse por mucho tiempo y produce una serie de consecuencias: sociales, económicas, personales y físicas. Dice Luis Mateo Diez en su libro *Azul serenidad*, *“La muerte exilia a los que quedamos vivos, leí una vez, porque la desaparición de los seres queridos nos deja fuera de las fronteras en que eran posibles los afectos, y es un exilio que se parece a la orfandad”*. Sea cual sea el vínculo de parentesco, amistad o relación que se tenga, si era una persona querida, el peso de esa ausencia se hace muy difícil de sobrellevar. Estos sentimientos son comunes al conjunto de los seres humanos. El duelo es una experiencia que todos los seres humanos sufren porque forma parte de su propia condición precedera.

El duelo forma parte de la vida de todo el mundo, no es ninguna enfermedad, es una experiencia que se vive numerosas veces con mayor o menor intensidad en relación a los afectos compartidos con la persona que se pierde, y todas las circunstancias que rodeen su fallecimiento. Sobreponerse a esa pérdida dependerá, en buena medida, de la capacidad de rehacer afectos, de compartirlos con otros seres queridos, a pesar de todo el dolor que supone no gozar de la presencia de quien ha fallecido. Estar en duelo, sentirse triste, terriblemente abatido, sin fuerzas ni motivación para hacer nada; enojado con el mundo, con la vida, son sentimientos lógicos que acompañarán a los supervivientes a lo largo de los días siguientes, de los meses y, en caso de duelos muy complicados como es el que le sigue a un suicidio, quizá por años.

Es importante considerar que la reacción “normal” del duelo, en el caso de los familiares de un suicida, es catastrófica y de manifestaciones mayúsculas.

En la primera fase de shock, la marcada tristeza es evidente entre los familiares que tenían una relación cercana con el fallecido, y coexiste con síntomas físicos tales como espasmos estomacales, dolores precordiales, hipersensibilidad a los ruidos, sentimientos de irrealidad, falta de aire, pérdida de energía, trastornos de apetito y del sueño. A la fase de shock le sigue la fase de rabia, la cual puede dirigirse en contra de todos, de los médicos que atendieron al suicida, del mismo occiso, de ellos mismo, de Dios, etc. A esta fase le sigue la 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 trágico final, y que pudieron haberse evitado, pensamientos repetitivos y recuerdos del fallecido. Por último, la fase de reorganización, que permite a los sobrevivientes reorientar sus energías psíquicas a nuevas motivaciones, si el duelo es resuelto de forma satisfactoria.

Pero, ¿qué sucede cuando la muerte de esa persona querida es a causa de su suicidio? ¿Qué ocurre cuando sabemos que fue ella misma quien se causó la muerte? Si superar la pérdida de un ser querido es una tarea ardua, cuando se trata de una muerte por suicidio la cuestión adquiere características mucho más complicadas y de difícil afrontamiento.

El duelo más traumático y doloroso y que más desequilibra a una familia es el que sigue a un suicidio. Sin duda las muertes violentas, en particular el suicidio, son las más difíciles de aceptar. Todos los estudios apuntan a que son las que tienen más riesgos de presentar duelos complicados y alteraciones psicológicas y emocionales a largo plazo. En el período que sigue a una muerte por suicidio, es muy común que los integrantes de la familia pierdan la perspectiva terminen creyendo que sus reacciones son patológicas.

El duelo por un suicidio presenta determinadas características que lo diferencia del resto de los duelos. Los sobrevivientes presentan un conjunto de emociones que no se encuentran con la misma frecuencia en otras de muerte y están más expuestos al desarrollo de psicopatologías como los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés post-traumático y episodios depresivos mayores. (Pérez Barrero...)

Durante el primer año del duelo, los familiares sufren de problemas tanto somáticos como emocionales. Los síntomas físicos más comunes son la taquicardia, artritis, migrañas frecuentes, asma, alergias y tics nerviosos. Entre los sentimientos psicopatológicos se pueden observar sentimientos de soledad, desesperanza, baja autoestima. En la mayoría de los casos los familiares pasan mucho tiempo después de la tragedia, preguntándose ¿por qué?, particularmente la madre.

El tabú social que todavía envuelve al suicidio dificulta que los familiares y personas cercanas muestren sus sentimientos. A la dolorosa pérdida se suma la vergüenza por considerar que el suicidio es un acto que se lleva a cabo desde la libertad de decisión, de abandonar la vida, de abandonar a las personas que los quieren, por lo que la sociedad tradicionalmente ha condenado al que muere por suicidio y a los familiares a toda clase de ignominias (recordemos que hasta hace poco tiempo se negaba el entierro de un suicida en cementerios católicos, la celebración de funerales, o que las pólizas de seguros lo consideraban un elemento invalidante del contrato)

Irónicamente, una de las manifestaciones de duelo entre los familiares es el alivio, se trata de un alivio personal al saber que el ser querido ya no sufrirá más, que sus problemas han terminado; terminar con una vida llena de problemas y de sufrimiento supone un alivio para muchos familiares de los suicidas.

8. Abordaje tanatológico de la familia de un suicida.

Pérez Barrero opina que la ayuda tanatológica debe comenzar en el funeral mismo, permitiendo que todas las manifestaciones de dolor y angustia salgan, e incluso estimularlas en aquellos familiares que se reprimen o que tratan de mantener un control excesivo sobre sus emociones. En ese momento se debe brindar mayor apoyo a quienes estaban afectivamente más vinculados al suicida.

En los días subsecuentes, se puede trabajar con la familia en establecer diferencias entre las muertes esperadas y las no esperadas como el suicidio, con la finalidad de que comprendan lo devastador que es este tipo de muertes para los sobrevivientes. Otro aspecto importante es lo que Pérez Barrero denomina “priorizar” el duelo, es decir, establecer una jerarquía de dolientes y estar atentos a la usurpación de dolor por otros familiares que no son los más afectados, pero por determinadas características de personalidad, se comportan como si fueran los que más sufren. Este procedimiento no se debe aplicar si no hay una sólida relación con los familiares y un profundo conocimiento de los vínculos entre ellos y con el occiso, para lograr de esta manera la solidaridad del resto de la familia y se brinde apoyo emocional al doliente “priorizado”, sin que los otros familiares se sientan minimizados sus sentimientos, e incrementar sus actitudes altruistas.

En cuanto a la culpabilidad que con frecuencia sienten los sobrevivientes a un suicida, es posible manejarla en dependencia del grado de responsabilidad que sobre su vida pudo tener el fallecido. Así, si el suicidio fue realizado por un sujeto sin responsabilidad alguna sobre su vida en esos momentos o sólo la tenía parcialmente.

El abordaje tanatológico a familiares de un suicida es uno de los más complejos. Así como la familia está viviendo un duelo muy complicado, así el terapeuta enfrenta a una familia llena de culpas, de hostilidad y dentro de una estigmatización que parece que no la deja ni siquiera llevar un proceso de duelo normal.

El tanatólogo deberá, entonces, estar atento al grado de shock y a los recursos inmediatos que están a disposición de la familia, esto con el fin de detectar con qué apoyo emocional cuenta ésta, pues, hay que tener presente que seguramente hay mucha culpa y responsabilidad por lo ocurrido; además de que este trágico acontecimiento puede desencadenar pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares del occiso. Se debe ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con una posible enfermedad o un desequilibrio del individuo y no con una falla de ellos, pues está comprobado que los familiares de los suicidas están en peligro de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los cuales la imitación ocupa un importante lugar.

Cuando se asesora a supervivientes después de un suicidio, es importante recordar que este tipo de muerte, al ser un tabú, un motivo de vergüenza y de culpa, es un tema del que la familia se resiste a hablar. Tanto los familiares como las personas cercanas están indecisos a la hora de abordar los detalles

de la muerte. Por lo tanto, el terapeuta puede intervenir y ayudar a llenar el vacío que produce esta pérdida de comunicación con los demás. Worden propone, como una primera etapa, los siguientes pasos:

a) Confrontar con la realidad la culpabilidad hacia uno mismo y hacia los otros. Este procedimiento es más largo cuando se trata de una muerte por suicidio. La culpa del sobreviviente puede ser real o no. En el caso de que no sea real, se produce una confrontación con la realidad, dando a la persona la sensación de alivio; si es real, el terapeuta deberá afrontar los sentimientos válidos de culpa. En el caso de que el superviviente culpe a alguien más, el terapeuta deberá también hacer una confrontación con la realidad y con encuentros familiares.

b) Ayudar a corregir las negaciones y distorsiones. Primero se tiene que afrontar la realidad del suicidio para poder elaborarlo. Una de las estrategias que se propone es llamar a los actos por su nombre, es decir, “se suicidó” o “se colgó”. Las personas que son testigos del suicidio a veces están plagadas de imágenes intrusivas de la escena. Para quienes no fueron testigos, la escena imaginaria puede ser peor que la real. Explorar las imágenes gráficas puede ser difícil, pero comentarlas ayuda mucho a confrontarlas con la realidad. Generalmente estas imágenes irreales se desvanecen con el tiempo, de lo contrario, se debe dar ayuda más especializada.

Otra tarea consiste en ver al fallecido sin juicios, ni bueno ni malo, pues ésta es una ilusión muy cuestionable. No hay que olvidar que quien decide quitarse la vida no es ni un cobarde ni un valiente, es, simplemente, alguien que decide acabar con un sufrimiento.

c) Explorar fantasías del futuro. Hay que explorar las fantasías que tienen los supervivientes respecto a cómo les afectará la muerte en el futuro, mediante la confrontación con la realidad. Si hay una realidad implicada, se pueden explorar las formas de afrontarla.

d) Trabajar el enojo. Trabajar la rabia y el enojo permite expresarlos al mismo tiempo que refuerza el control personal; esto significa que, lejos de ser un comportamiento negativo, el enojo y la rabia pueden ser un alivio, pues el superviviente tiene más control sobre estos sentimientos que sobre el sufrimiento que le provocó la muerte.

e) Confrontar la sensación de abandono con la realidad. El abandono es probablemente una de las sensaciones más devastadoras. Las personas que pierden a un ser querido tras una enfermedad o por muerte natural se sienten abandonadas, aunque el fallecido no causó ni deseó la muerte. Sin embargo, en el caso de muerte por suicidio, la sensación de abandono es extrema. Puede haber una parte real en este sentimiento, pero se puede evaluar el nivel de realidad a través del asesoramiento psicológico.

El dolor que experimenta una familia tras la muerte de uno de sus miembros se incrementa hasta niveles casi insoportables cuando ésta se ha producido por un suicidio. Las muertes violentas, y en particular el suicidio, son las más difíciles de aceptar

La terapia o acompañamiento indicado para sobrellevar el duelo de quien ha perdido a un ser querido, como resultado de un suicidio, es muy compleja debido a que se considera un duelo complicado, por todo lo que implica en sí misma la muerte por suicidio. Debido a esto la intervención con familiares es diferente que en los otros tipos de duelo. Una de las formas en las que se puede acompañar, para facilitarles el duelo es a través de los siguientes pasos:

- 1.- Identificando la pérdida,
- 2.- Fomentando la expresión de los sentimientos,
- 3.- Informándolo sobre las fases del proceso de duelo,
- 4.- Ayudando a la identificación de estrategias de resolución del problema,
- 5.- Encontrando la red de apoyo familiar,
- 6.- Identificando las modificaciones necesarias en el estilo de vida.

Para llevar a cabo todos estos pasos, es necesario hacer una valoración específica de los siguientes aspectos:

- Las formas habituales de afrontar las crisis personales,
- Las tendencias agresivas hacia sí mismos,
- El significado que cada uno tenga sobre la vida y la muerte,
- La fase del duelo en que se encuentra cada uno de los integrantes de la familia,
- Recursos familiares, personales y sociales con que cuenten.

Dentro del afrontamiento de los problemas podemos evaluar:

- Qué tanto son capaces de superar otros problemas o situaciones fuertes o dolorosas,
- Qué grado de estrés se ha manifestado en la superación de esas situaciones,
- Qué tanto se verbaliza la situación y su aceptación,
- Si se utilizan estrategias para superarlas y de qué tipo son,
- Si se recurre a un entorno social, ya sean amigos o personas calificadas, que puedan estar disponibles y a su alcance.

En todas las familias hay una persona identificada como un *cuidador familiar*, que no necesariamente es el padre o la madre o el jefe familiar, sino que puede ser cualquier otro miembro de la familia quien tome este rol, o al que se le haya dado, incluso de forma natural. Cuando este cuidador familiar resulta

incapaz o incompetente para que el resto de la familia desarrolle su trabajo de adaptación a situación de salud en forma adecuada, es cuando se buscará a un familiar o persona allegada, aunque no se tengan lazos de consanguinidad. Ya que se ha encontrado a este *cuidador familiar*, el paso a seguir será identificar dentro del grupo de dolientes las capacidades y recursos de cada uno de ellos, proporcionándoles a todos información completa tanto del *proceso* como del *cuidador*, que será quien mantenga al grupo unido. Hay que aclarar, que el *cuidador* no es de ninguna manera responsable del grupo, sino quien dirigirá los esfuerzos y capacidades de todos, para el apoyo de todos los miembros de dicho grupo, compartiendo la toma de decisiones, defendiendo su rol dentro de la familia de acuerdo a su capacidad específica, tomando en cuenta los cambios en las necesidades familiares, con relación al estado de salud de cada miembro de la familia o de uno de ellos en particular, en el caso de manifestarse una necesidad específica o un cuidado especial.

En este sentido, deberá pensarse que el *cuidador familiar* sea aquella persona que en ese momento no tenga problemas personales que le impidan centrarse en los cuidados del grupo; debe tener completa información de la situación y de cada uno de los dolientes, pensando que puede ser un problema que lleve mucho tiempo para que se pueda resolver. Deberá también pensarse en la posibilidad de que el cuidador familiar tenga un apoyador, quien le brindará soporte al primero, permitiéndole descansos, momentos de distancia saludable y de recarga de energía personal para que los resultados sean óptimos para todos los dolientes, así como para evitar una desorganización familiar que se manifestará en la falta de cumplimiento de los roles personales.

Para entonces, el tanatólogo, el psicólogo y el psiquiatra ya han conocidos los motivos por los cuales se cometió el acto suicida y tendrán también una idea de las diferentes estrategias a seguir.

Cuando se comete suicidio porque la persona tenía una enfermedad crónica, una enfermedad muy dolorosa, parálisis cerebral o alguna enfermedad degenerativa, la recuperación de la familia es menos complicada y llega más pronto, es decir, es más aceptable.

Cuando el suicida tenía problemas de estabilidad emocional, problemas como el alcoholismo, la depresión crónica, la drogadicción o trastornos de personalidad, es decir, que se deba a problemas en la familia, es cuando los supervivientes experimentan sentimientos encontrados, les cuesta trabajo identificar el sufrimiento. Es muy frecuente que se encuentren en una controversia sintiendo el dolor de la muerte, pero al mismo tiempo alivio por todos los problemas que el fallecido causó. En este caso el duelo es difícil y largo debido a la falta de claridad en las relaciones y en los efectos.

En el caso de duelos muy complicados, existe también una técnica que consiste en los siguientes pasos:

1. **Resucitación:** Se trata de dar aliento de vida a los familiares más afectados. Es muy importante explicarles a los supervivientes que aunque sientan que algo en ellos ha muerto, existe siempre la posibilidad de continuar con sus actividades que compartían con el fallecido. Cuando un familiar dice sentirse muerto en vida hay una identificación proyectiva, es decir, viven y sienten

como la persona fallecida, para, inconscientemente, estar muertos también. Cuando esta sensación dura varios meses y hay que trabajar mucho con estos pacientes, pues el problema puede derivar en un duelo patológico y por lo tanto requiere atención terapéutica.

2. **Rehabilitación:** En el campo de la tanatología se cuentan con muchos elementos para estos casos: libros, películas, conferencias, etc. Con este material, el paciente puede ir liberando sentimientos y encontrando explicaciones poniendo palabras y nombres a las emociones, evitando así que se complique el duelo. Si los familiares no logran pasar este proceso es probable que se presente un *duelo congelado o complicado*.
3. **Renovación:** Es el cambio de pensamientos acciones y actitudes. Aquí es necesario ayudar e impulsar a los familiares del suicida a que resuelvan el duelo y el vínculo con él. Todos estos cambios van encaminados a que los familiares se den cuenta y acepten que ellos siguen vivos y en esta renovación progresen y superen el duelo.

A partir de entre los siete y diez años de edad, todos los seres humanos saben que tienen que morir; a pesar de esto, la muerte siempre será motivo de angustia y miedo para los que siguen viviendo y, es por ello, como ya había mencionado anteriormente, el efecto que una muerte causa en la familia es directamente proporcional a la forma en que fallece. Al respecto se dice que “ la persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes, que tienen que lidiar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo.

9. Conclusiones.

“La muerte no es extinguir la luz; sólo consiste en apagar la lámpara porque ha llegado el amanecer”.

Rabindranath Tagore (escritor hindú)

El suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo y constituye un problema importante de salud pública. El suicidio y el intento de suicidio son fenómenos complejos que surgen de manera muy individualista, de la acción recíproca entre factores biológicos, psicológicos, psiquiátricos, sociales y familiares. La complejidad de las causas requiere necesariamente un enfoque multidisciplinario de la prevención que tome en cuenta el contexto cultural, ya que éste desempeña una función destacada en el comportamiento suicida.

Aunque los factores genéticos y familiares podrían contribuir a aumentar el riesgo de suicidio, esto no significa de ninguna manera que la conducta suicida sea inevitable para personas con este historial genético o familiar. Por otra parte, el suicidio muy pocas veces se da como un acto resultado de un impulso, más bien el sufriente, en un estado de ansiedad y/o depresión severa, entra en un proceso que se acompaña de fantasías e ideaciones suicidas, conducta suicida y, finalmente, en el acto suicida.

Los factores de riesgo más identificados son la falta de cariño en el núcleo familiar, el abandono, una vida familiar no gratificante, intolerancia a la frustración; todos estos, aunados a la pobreza, desempleo, soledad, ausencia de una red de apoyo sólida, aumentan altamente las posibilidades de la comisión de un suicidio.

Por tal motivo, es necesario recalcar que la función de la familia es de vital importancia desde el nacimiento hasta la vejez y en el momento de la muerte. Ninguna red de apoyo será tan sólida como un grupo familiar bien consolidado, es por ello que cuando una persona se suicida quienes más sufren son los familiares, aunque la relación no haya sido estrecha, aunque haya habido distanciamiento, todas las consecuencias de ese suicidio van a recaer directamente en los miembros de esa familia.

Pienso que el trabajo de tanatólogos, psicólogos y psiquiatras puede también abarcar la prevención del suicidio. Desgraciadamente es una información poco difundida, tanto en los programas de previsión social como en las instituciones o centros de ayuda para los sufrientes de este tipo de trastornos. Sin embargo, hago hincapié en que la prevención del suicidio no es una tarea únicamente de las instituciones, es, sobre todo, tarea de los padres y del entorno familiar. Recordemos que hay pautas generacionales que se repiten y el suicidio no es la excepción. Si no queremos vivir en la culpa, la vergüenza y el miedo debemos fortalecer los lazos familiares y estimular las relaciones sanas entre los miembros de nuestro clan.

Afortunadamente el trabajo de los tanatólogos empieza a ser reconocido aunque todavía falta mucho por recorrer, ya se cuenta con las herramientas indispensables para ayudar a las familias que han tenido la desgracia de vivir el suicidio de alguno de sus miembros.

Terminaré diciendo que nunca está de más en estar alertas a cualquier cambio o modificación en la conducta de alguno de nuestros familiares, la mayoría de las personas que se suicidan hablan de ello con anterioridad, es su manera de mandar señales, de pedir ayuda, puede ser un silencio a gritos en que se pide que nos demos cuenta que están ahí y que no quieren morir, simplemente dejar de sufrir.

10. Bibliografía

1. Sergio A. Pérez Barrero, *El comportamiento de la familia de un suicida*.
2. Sergio A Pérez Barrero, *La psicoterapia del comportamiento suicida*, fundamentos Folleto.
3. Murray Bowen, *Terapia familiar en práctica clínica*, 1978, Northvale, N.J.
4. Alonso de Medina E., *El Animal humano, una introducción a su etiología*. Barcelona, Ed. Bancanova, 1991.
5. Sergio A. Pérez Barrero, *El sobreviviente al suicidio, características y terapia*.
6. Revista cubana, *La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud*, Medicina general integral, 1997.
7. Sigmund Freud, *Psicología de las masas y análisis del yo*, Ed. Iztacihuatl, S.A.
8. Bernard, Paul, Troove, Simone, *Semiología psiquiátrica*, Segunda edición, Ed. Salvat, 1970.
9. John Bradshaw, *Secretos de familia*, Ed. Obelisco, 2000.
10. S. Roccagliata, *Un hijo no puede morir*, Ed. Grijalbo, 2000.
11. A. E. Grollman, *Vivir cuando un ser querido ha muerto*, Ed. Ediciones 29.
12. S. Ross, *La conducta suicida*, Ed. Aran 1998.
13. A. Reyes Zubiría, *Suicidio, curso fundamental de Tanatología* no. 4, 1991.
14. Sergio Pérez Barrero, *El suicidio, comportamiento y prevención*, Ed. Oriente, Santiago de Cuba, 1996.
15. *El suicidio y su atención por el médico de la familia*, Revista Cubana de Medicina General Integral, 1995.
16. B. Sarro, C de la Cruz, *Los suicidios*, Ed. Martínez Roca, España, 1991.
17. M. D. Martínez López, *La trágica ruptura con la vida. Experiencia de una sobreviviente ante el suicidio*, Index de Enfermería, 2009.
18. J. A. Padierna Acero, *El impacto del suicidio sobre la familia y el equipo terapéutico*, Ed. Psiquis, 1990.
19. V. Pérez Martínez, Z. Lorenzo Parra, *Repercusión familiar del comportamiento suicida*, Revista Cubana de Medicina General Integral, 2004.
20. F. Traver Torras, *El buen terapeuta*, Ed. Castelló, Diputación de Castellón, 2001.

21. K. Menninger, *El hombre contra sí mismo*, Ed. Península Barcelona, 1972.
22. E. Durkheim, *El Suicidio*, ed. Salvat, 1986.
23. Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. *Guía de Práctica Clínica de prevención y Tratamiento de la Conducta suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad. Política Social e Igualdad. Axencia de Avalación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010.
24. Luz de Lourdes Eguiluz, *¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio?*, Ed. Pax México, 2010.
25. Alba Payás Puigarnau. *Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*, Ed. PaidósBarcelona, 2010.
26. María del Carmen Castro, *Coaching tanatológico*, Ed. Trillas, 2011.
27. J. William Worden, *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, Ed. Paidós, 1991.