



Luis Fernando López
Psicología

MITOS Y REALIDADES Suicidio, tabú y estigma.

Hablar del suicidio, salva vidas. La conducta suicida es un fenómeno que puede predecirse y que por lo tanto, su prevención es una realidad. La concienciación no sólo desde el ámbito terapéutico, sino también y aparejado a la influencia de los nuevos medios de información y comunicación, las llamadas TIC, insta a la sociedad en general y los psicoterapeutas de modo específico, a visibilizar y desmitificar un fenómeno que afecta a tantas personas.

Sin embargo, el tabú asociado en torno al suicidio, así como los innumerables mitos en torno a al fenómeno, no hacen más que oscurecer y dar cabida a una serie de ideas y creencias erróneas que promueven la estigmatización de la conducta y enturbian la petición de ayuda de los dolientes y las personas con ideación suicida. Es por tanto, imprescindible acabar con los mitos en relación a la conducta suicida. Es labor fundamental la difusión como terapeutas de información veraz y científica que de modo preventivo alejen las concepciones erróneas de los juicios de valor y tabús heredados.








La infografía que nos ofrece la propia Organización Mundial de la Salud, nos ofrece de un modo intuitivo, la magnitud del fenómeno que abordamos, poniendo de relieve la importancia de su prevención primaria como abordaje esencial en la disminución de casos registrados.



Dentro de los enfoques multidisciplinares integrales para su abordaje, los psicoterapeutas y profesionales del mundo de la salud mental, estamos llamados a ejercer una labor de ayuda, acompañamiento y encuentro entre familiares, supervivientes, pacientes y sociedad que evite la estigmatización y la continuación del tabú.



A continuación, expondremos los **mitos más frecuentes** y escuchados en relación al suicidio, la **verdad en clave científica** que hay detrás de cada uno de ellos, así como las **implicaciones**


terapéuticas a tener en cuenta en vuestra práctica profesional.

	<p><i>La persona que quiere suicidarse no lo dice.</i></p>
	<p>Según las estadísticas, de cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas han mostrado, verbalizado o expresado su ideación suicida de un modo expreso, y la otra restante dejó señales, muestras o indicios de sus intenciones de suicidio.</p>
	<p>Las verbalizaciones sobre la ideación suicida, en ocasiones pueden mostrarse de modo claro e inequívoco, otras de un modo velado y con expresiones sutiles, del tipo “cuando todo acabe...”. Es esencial, tomar con seriedad, evaluar y permitir la expresión de la ideación en sesión, obteniendo información de la elaboración y evolución de la misma. Nunca minimizar el riesgo ni tomarlo como una llamada de atención, chantaje ni manipulación.</p>




	<p><i>Es mejor no hablar ni preguntar sobre el suicidio, ya que puede inducir su consumación o dar ideas.</i></p>
	<p>Las personas que llevan tiempo con ideación suicida, y pueden verbalizarla, disminuyen sus sentimientos de soledad y la desesperanza.</p>
	<p>Nuevamente como terapeutas, debemos permitir la expresión emocional de la ideación suicida, ya que de no hacerlo y cambiar el foco a otros aspectos, no permite el alivio del sufrimiento, no se valora de un modo adecuado el riesgo suicida y promoveremos una intervención/ayuda insuficiente o tardía.</p>


	<p><i>Las personas que se suicidan tiene rasgos de personalidad impulsivos y/o agresivos.</i></p>
<p>realidad</p>	<p>Es necesario diferenciar el acto suicida de la ideación. El acto, puede en algunos casos ser producto de un impulso; la ideación es un conjunto de pensamientos, emociones y sentimientos que se han dado en evolución en el tiempo.</p>
<p><i>Implicaciones en Terapia</i></p> 	<p>Considerar este mito, provoca que el terapeuta deje de valorar conductas, patrones de riesgo y señales, que alejan del conjunto del proceso la globalidad de la ideación y las características biopsicosociales que engloba la ideación-.</p>



	<p><i>Los que se suicidan son muy valientes/cobardes.</i></p>
<p>realidad</p>	<p>Esta polaridad valentía/cobardía, aleja la objetividad de que las personas que se suicidan son únicamente sujetos con un elevado nivel de sufrimiento y desesperanza. El suicida no quiere morir, desea dejar de sufrir.</p>
<p><i>Implicaciones en Terapia</i></p> 	<p>La mirada que se dirige al paciente en terapia, basándonos en señales, rasgos y estructuras de personalidad, que pudieran confirmar hipótesis previas basadas en mitos, nos aleja como terapeutas de la comprensión, la aceptación incondicional y empatía necesaria para ser un canal de ayuda y contención de la ideación suicida.</p>



	<p>Los suicidas son enfermos mentales.</p>
	<p>Hay que tener una cosa clara, el suicidio no es una enfermedad mental ni está catalogado el fenómeno en</p>



	<p>ningún manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-V o CIE-10). El suicidio es un fenómeno multifactorial con una alta comorbilidad asociada (TMG, esquizofrenia, bipolaridad, TCS, abuso sexual, acoso, etc.). Es el resultado de una decisión personal tras un proceso vital basado en el dolor y la desesperanza.</p>
	<p>Es esencial en terapia no confundir suicidio y enfermedad mental y viceversa. Atendiendo a esta clarificación, y en base a la expresión de la ideación, es esencial formarse en psicopatología y evaluar síntomas clínicos o subclínicos que pudieran aportar datos acerca de la presencia de trastornos con una alta comorbilidad con la conducta suicida.</p>

	<p>El suicida estará en peligro toda su vida</p>
	<p>Según los datos de la OMS, entre el 1 y el 2% de las acciones de suicidio, se dan en el primer año tras el intento fallido. Entre el 10 y el 20% lo consumen a lo largo de su vida.</p>
	<p>El terapeuta debe conocer que las crisis suicidas suelen durar un periodo concreto en el tiempo: a veces horas, días, en raras ocasiones semanas. Sostener la crisis, adaptando las precauciones oportunas, la supervisión constante del paciente, así como minimizar los riesgos, es prevenirlo.</p>

	<p>Todas las personas que se suicidan están deprimidas.</p>
---	---

	<p>Hay un criterio dentro del mundo de la salud mental, que es errónea y es el hacer sinónimo la depresión con el suicidio. Puede existir una conducta suicida sin depresión, pero la depresión sin embargo, sí puede conllevar la conducta suicida y hay que tenerla muy en consideración.</p>
	<p>Una persona con sintomatología o con un trastorno depresivo, puede conllevar una ideación y consumación suicida. Sin embargo, como decimos depresión y suicidio no siempre vienen aparejados. La comorbilidad es alta (TP, adicciones, TB, TCA, etc.) Detectar los indicios en sesión, es de vital importancia para dar cabida a la expresión y con ella, realizar una adecuada evaluación para su prevención.</p>

	<p>La mejoría en la depresión grave, elimina el riesgo suicida.</p>
	<p>Este mito, conlleva en la mayoría de ocasiones bajar la atención sobre un riesgo que sigue presente. Los deprimidos con ideación suicida, mejoran en su componente motor (más activos, más alegres, etc.) antes que en el componente ideático.</p>
	<p>Según los datos, más de la mitad de los suicidas consumaron al acto durante los 3 primeros meses tras la crisis emocional, con una mejoría visible. En sesión, es importante seguir evaluando una vez se observen mejorías, ya que el hecho de encontrarse con fuerzas, ágiles, etc. les aportan recursos para el suicidio. Muchos, se muestran más animados por el simple hecho de haber tomado la decisión de matarse y su nivel de sufrimiento disminuir ante el acto que le dará fin a su dolor.</p>
	<p>El suicida cree que la familia estará mejor sin él.</p>

	<p>Este es uno de las disonancias cognitivas más frecuentes en pacientes con ideación suicida, la de creer erróneamente que sus familiares estarán aliviados y con una calidad de vida mayor. Es un pensamiento distorsionado por el dolor.</p>
	<p>En sesiones, se observa este pensamiento con bastante asiduidad, con expresiones verbales del tipo “estarán mejor sin mí”, “cuando ya no esté ellos podrán...”. Es importante verbalizarles de un modo expreso, que “DE NINGUNA FORMA ESTARÁN MEJOR, QUE LES DEJARÁ UN SUFRIMIENTO DE POR VIDA”. Explicarles el peso de la culpa, lo que conocemos de las personas que han sufrido la muerte de un ser querido por suicidio, de la devastación familiar que ocasiona, de la herida irreversible que no se llega a superar. Contar con un grupo de supervivientes del suicidio, que puedan dar testimonio de lo que les ha supuesto la muerte de un familiar, puede ayudar al proceso.</p>

Podemos encontrar muchos más mitos de los que aquí hemos deseado exponer. La amplitud y complejidad de la mente humana, de la sociedad que los alberga y construye, así como del momento histórico donde nacen, favorecen su dispersión y la virulencia de sus síntomas en lo social y sobre todo, en lo íntimamente humano.

A buen seguro, son muchos los mitos que podrían sumarse a esta lista y que en vuestro recuerdo, podréis traer a sesión. Desmontarlos, darles un contenido científico que rebata el poder que implícitamente conlleva a la práctica profesional, indagando en la verdad que se esconde tras el tabú, promoverá un espacio seguro en el que permitir el encuentro entre dos personas, entre terapeuta y paciente. Un lugar donde la expresión del sufrimiento, del dolor de la pérdida, de la devastación y la desesperanza, de paso con tiempo, amor y trabajo, junto a un responsable proceso terapéutico a su aceptación, integración y al tan esperado cambio.