Revista colombiana de psiquiatría
Asociación Colombiana de Psiquiatría
revista@psiquiatria.org.co
ISSN (Versión impresa): 0034-7450
COLOMBIA

2005
Sergio A. Pérez Barrero
LOS MITOS SOBRE EL SUICIDIO.LA IMPORTANCIA DE CONOCERLOS
Revista colombiana de psiquiatría, julio-septiembre, año/vol. XXXIV, número 003
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, Colombia
pp. 386-394

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

http://redalyc.uaemex.mx

Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos

Sergio A. Pérez Barrero[1]

Resumen

Los mitos sobre el suicidio son criterios equivocados que entorpecen la prevención de dicha conducta, por lo que se hace necesario difundirlos para que sean erradicados y se faciliten las acciones preventivas.

Palabras clave: suicidio, prevención primaria.

Title: Suicide Myths. The Importance of their Knowledge.

Abstract

Suicide myths are wrong criteria that disrupt the task of suicide prevention. For this reason the diffusion of these myths by the media is necessary in order to take measures to prevent this cause of death.

Key words: Suicide, primary prevention.

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. Con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte.

Desarrollo

Existen muchos mitos con respecto al suicidio, a los suicidas y a quienes lo intentan. En este artículo se enuncian algunos de ellos y se exponen los criterios científicos que desde este momento deben primar

[1] Médico, profesor, presidente de la Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

en usted para poder hacer efectiva su ayuda en prevenir el suicidio.

1. *Mito: el que se quiere matar no lo dice*. Criterio equivocado, pues conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse.

   Criterio científico: de cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas manifestaron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.

2. *Mito: el que lo dice no lo hace.* Criterio equivocado, ya que conduce a minimizar las amenazas suicidas, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.

   Criterio científico: todo el que se suicida expresó lo que ocurriría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.

3. *Mito: los que intentan suicidarse no desean morir, sólo hacen el alarde.* Criterio equivocado, porque condiciona una actitud de rechazo a quienes intentan contra su vida, lo que entorpece la ayuda que estos individuos necesitan.

   Criterio científico: aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.

4. *Mito: si de verdad se hubiera querido matar, se hubiera tirado delante de un tren.* Éste es un criterio equivocado que refleja la agresividad que generan estos individuos en aquellos que no están capacitados para abordarlos.

   Criterio científico: todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir, con deseos de morir y de vivir. El método elegido no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza, y proporcionarle otro de mayor letalidad es calificado como un delito de auxilio al suicida (ayudarlo a que lo cometa), penalizado en el Código Penal vigente.

5. *Mito: el sujeto que se repone de una crisis suicida no corre peligro alguno de recaer.* Criterio equivocado que conduce a disminuir las medidas de observación estricta del sujeto y la evolución sistematizada del riesgo de suicidio.

   Criterio científico: casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo

después de los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

6. *Mito: todo el que intenta el suicidio estará en ese peligro toda la vida.* Criterio equivocado que intenta justificar, en algunos casos, la sobreprotección hacia el individuo y el estigma o rechazo por temor a que se repita.

   Criterio científico: entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% y el 20% lo consumarán en el resto de sus vidas. Una crisis suicida dura horas, días, raramente semanas, por lo que es importante reconocerla para su prevención.

7. *Mito: todo el que se suicida está deprimido.* Criterio equivocado que tiende a hacer sinónimo el suicidio y la depresión, lo cual no se ajusta a los estrictos hallazgos.

   Criterio científico: aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos del carácter, etc.

8. *Mito: todo el que se suicida es un enfermo mental.* Criterio equivocado que intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.

   Criterio científico: los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. No caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre.

9. *Mito: el suicidio se hereda.* Criterio equivocado que tiende al nihilismo terapéutico, pues se cree erróneamente que lo que está determinado por la herencia es imposible modificarlo.

   Criterio científico: no está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos, lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.

10. *Mito: el suicidio no puede ser prevenido, pues ocurre por impulso.* Criterio equivocado que limita las acciones preventivas, ya que si sucede de esta manera es imposible pronosticarlo y, por lo tanto, prevenirlo. Invita a la inercia terapéutica.

    Criterio científico: antes de intentar suicidarse, toda persona evidencia varios síntomas que se han definido como síndrome presuicidal, consistentes en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad (la cual ya no es dirigida hacia otras personas y se reserva para sí) y existencia de fantasías suicidas, todo lo cual se puede detectar a su debido tiempo, a fin de evitar que esta persona lleve a cabo sus propósitos.

11. *Mito: al hablar sobre el suicidio con una persona en este riesgo se le puede incitar a que lo realice.* Criterio equivocado que infunde temor para abordar la temática del suicidio en quienes están en riesgo de cometerlo.

    Criterio científico: está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.

12. *Mito: el acercarse a una persona en crisis suicida sin la correspondiente preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perjudicial y se pierde el tiempo para su abordaje adecuado.* Criterio equivocado que intenta limitar la participación de voluntarios en la prevención del suicidio.

    Criterio científico: si el sentido común hace que otros puedan asumir una postura de paciente y atenta escucha, con reales deseos de ayudar al sujeto en crisis a encontrar otras soluciones que no sean el suicidio, se habrá iniciado la prevención.

13. *Mito: sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.* Criterio equivocado que pretende constituir la prevención del suicidio en un feudo de los psiquiatras.

    Criterio científico: es cierto que los psiquiatras son profesionales experimentados en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo. Cualquiera interesado en auxiliar a este tipo de personas puede ser un valioso colaborador en su prevención.

14. *Mito: los que intentan suicidarse y los que se suicidan son individuos peligrosos, pues igual que atentan contra sí mismos pueden*

hacerlo contra los demás. Criterio equivocado que tiende a generar temor al enfrentamiento a este tipo de individuos.

Criterio científico: el homicidio es un acto que generalmente no se acompaña de suicidio en quienes lo realizan, por tratarse en la generalidad de los casos de un acto heteroagresivo. El suicidio, en cambio, es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos el sujeto se vierten contra sí mismo. Incluso el suicidio se consideró el homicidio de sí mismo.

Existen ocasiones en las que el suicida, antes de morir, mata a otros que no desean morir, como en el llamado suicidio ampliado en depresiones con síntomas psicóticos y en dramas pasionales, en los que el homicida-suicida presenta un trastorno mental generalmente del espectro depresivo.

15. *Mito: el tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona.* Criterio equivocado que limita la investigación, el abordaje y la prevención de esta causa de muerte evitable, y que denota un desconocimiento prejuiciado del tema por quien lo esgrime.

    Criterio científico: el tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otras causas de muerte, a fin de evitar las noticias sensacionalistas y aquellos manejos que provoquen la imitación de esa conducta. Por otra parte, el suicidio es una forma de morir que se observa en países de regímenes socioeconómicos diferentes, desde los muy desarrollados hasta los que apenas tienen recursos, pues obedece a factores diversos, como son los biológicos, los psicológicos, los sociales, los psiquiátricos, los existenciales, etc.

16. *Mito: una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer.* Criterio equivocado que pretende desconocer las manifestaciones prodrómicas del suicidio.

    Criterio científico: todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.

17. *Mito: el suicida desea morir.* Criterio equivocado que pretende justificar la muerte por suicidio de quienes lo cometen y, por lo tanto, tarde o temprano lo llevará a cabo.

    Criterio científico: el suicida está en una posición ambivalente, es decir, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se

diagnostica oportunamente esta ambivalencia, se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.

18. *Mito: el que intenta el suicidio es un cobarde.* Criterio equivocado que pretende evitar el suicidio al equipararlo con una cualidad negativa de la personalidad.

    Criterio científico: los que intentan suicidarse no son cobardes, sólo son personas que sufren.

19. *Mito: el que intenta el suicidio es un valiente.* Criterio equivocado que pretende equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad, lo cual entorpece su prevención, pues lo justifica al hacerlo sinónimo de un atributo imitable y que todos desean poseer como es el valor.

    Criterio científico: los que intentan el suicidio no son valientes ni cobardes, pues la valentía y la cobardía son atributos de la personalidad que no se cuantifican o miden según la cantidad de veces que usted se quita la vida o se la respeta.

20. *Mito: sólo los pobres se suicidan.* Criterio equivocado que pretende hacer del suicidio un atributo de esta clase social, sin tener en consideración que es una causa democrática de muerte.

    Criterio científico: los pobres también pueden suicidarse, aunque es más probable que mueran de otro tipo de enfermedades por sus condiciones de pobreza.

21. *Mito: sólo los ricos se suicidan.* Criterio equivocado que desconoce la posibilidad de que el suicidio se presente entre las capas más pobres de la sociedad.

    Criterio científico: el suicidio es una causa de muerte que se observa con mayor frecuencia en los habitantes de países desarrollados que en países subdesarrollados, pero evidentemente los ricos no son los únicos que se suicidan.

22. *Mito: sólo los viejos se suicidan.* Criterio equivocado que pretende evadir al suicidio como causa de muerte en las edades tempranas de la vida, como son los niños y los adolescentes.

    Criterio científico: los ancianos realizan menos intentos de autodestrucción que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos al intentarlo, lo cual conlleva a la muerte con mayor frecuencia.

23. *Mito: los niños no se suicidan.* Criterio equivocado que intenta negar la triste realidad del suicidio infantil.

Criterio científico: después que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y, de hecho, ellos toman decisiones de este tipo a estas edades.

24. *Mito: si se reta a un suicida, éste no lo intenta.* Criterio equivocado que pretende probar fuerzas con el sujeto en crisis suicida y que desconoce el peligro que significa su vulnerabilidad.

    Criterio científico: retar al suicida es un acto irresponsable, pues se está frente a una persona vulnerable, en situación de crisis, cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, ya que predominan precisamente los deseos de autodestruirse.

25. *Mito: cuando una depresión grave mejora ya no hay riesgo de suicidio.* Criterio equivocado que ha costado no pocas vidas, pues desconoce que en los deprimidos suicidas el componente motor mejora primero que el componente ideático.

    Criterio científico: casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo durante los tres primeros meses tras la crisis emocional, cuando todos creían que el peligro había pasado. Ocurre que cuando la persona mejora, sus movimientos se hacen más ágiles, está en condiciones de llevar a vías de hecho las ideas suicidas que aún persisten, y antes, debido a la inactividad e incapacidad de movimientos ágiles, no podía hacerlo.

26. *Mito: los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.* Criterio equivocado que pretende continuar emitiendo noticias sensacionalistas, con el objetivo primordial de vender, sin tener en cuenta las consecuencias del mensaje emitido.

    Criterio científico: los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si enfocan correctamente la noticia sobre el tema y cumplen las siguientes sugerencias de los suicidólogos sobre cómo difundirlas:

    - Publicar los signos de alarma de una crisis suicida: llanto inconsolable; tendencia al aislamiento; amenazas suicidas; deseos de morir; desesperanza; súbitos cambios de conducta, afectos y hábitos; aislamiento; consumo excesivo de alcohol o drogas; realización de notas de despedidas; etc.

    - Publicar las fuentes de salud mental a las que se puede

acudir en caso de una crisis suicida. Asimismo, se deben divulgar aquellas instituciones, organizaciones y líderes naturales a los cuales recurrir para recibir la primera ayuda psicológica cuando se está en una situación de riesgo de suicidio.

- Divulgar los grupos de riesgo suicida:
  - Los deprimidos.
  - Los que tienen ideas suicidas o amenazan con el suicidio.
  - Los sujetos que hayan realizado un intento suicida.
  - Los sujetos en situaciones de crisis.
  - Los sobrevivientes o familiares del suicida.

- Divulgar medidas sencillas que permita a la población saber qué hacer en caso de detectar un sujeto con riesgo de suicidio:
  - Preguntar siempre a la persona en situación de riesgo suicida si ha pensado en el suicidio. Si la respuesta es afirmativa, evitar el acceso a cualquier método que pueda dañarlo.
  - Nunca dejarlo a solas mientras persistan las ideas suicidas.
  - Avisar a otras personas significativas para el sujeto que contribuyan a evitar la ocurrencia de un acto suicida.
  - Acercarlo a las fuentes de salud a recibir atención especializada.

Conclusiones

Los mitos sobre el suicidio, el suicida y los que intentan el suicidio constituyen obstáculos para la prevención de dicha conducta, por lo que se impone que se divulguen –y junto a ellos– los criterios científicos para que la población tenga más recursos con los cuales enfrentar a los individuos en riesgo.

Bibliografía

1. Pérez Barrero SA, Sereno Batista A. Conocimientos de un grupo de adolescentes sobre la conducta suicida. Revista Internacional de Tanatología y Suicidio. 2001 Jun;1(2):7-10.
2. Pérez Barrero SA. La adolescencia y el comportamiento suicida. Bayamo; 2002.
3. Pérez Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. Santiago de Cuba: Oriente; 1996.
4. Pérez Barrero SA. Lo que usted debiera saber sobre... suicidio. México: Imágenes Gráfica S. A.; 1999.
5. Pérez Barrero SA. Psicoterapia del comportamiento suicida. La Habana: Editorial del Hospital Psiquiátrico de La Habana; 2001.
6. Pirkis J, Francis C, Blood RW, Burgess P, Morley B, Stewart A, et al. Reporting of suicide in the Australian media. Aust N Z J Psychiatry. 2002 Ap;36(2):190-7.

7. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part I: reportage in nonfictional media. Crisis. 2001;22(4):137-40.
8. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part II: portrayal in fictional media. Crisis. 2001;22(4):170-2.
9. Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. J Epidemiol Community Health. 2003 Apr;57(4):238-40.
10. Wasserman D. Suicide: an unnecessary death. London: Martin Dunitz; 2001.
11. Ziegler W, Hegerl U. The Werther effect: significance, mechanisms, consequences. Nervenarzt. 2002 Jan;73(1):41-9.

Recibido para publicación: 2 de febrero de 2005
Aceptado para publicación: 26 de mayo de 2005

Correspondencia
Sergio A. Pérez Barrero
Departamento de Psiquiatría
Hospital Docente Carlos M. de Céspedes
Bayamo, Granma, Cuba
serper.grm@infomed.sld.cu