

Después del Suicidio Asociación de Supervivientes





Carles Alastuey

nació en Barcelona en 1962. Es Maestro y Psicopedagogo. Ha trabajado en la administración local a lo largo de 25 años recorriendo desde el Urbanismo y el Medio Ambiente hasta su actual empleo como Director del Área de Servicios a las Personas. Formado en Derecho Administrativo, ha impulsado varios proyectos organizativos de impulso de las nuevas tecnologías y la atención a la ciudadanía. Ha desarrollado en paralelo una gran actividad en el mundo del Ocio asociativo juvenil. Miembro fundador de la Asociación DSAS, actualmente es el Secretario y el Coordinador de los Grupos de acompañamiento a la pérdida por suicidio.

DSAS 01

Carles Alastuey

Mitos y creencias equivocadas respecto a la muerte por suicidio

Introducción

Al adentrarse en la terrible experiencia de la pérdida por suicidio, descubrimos con disgusto como muchas de las ideas que nosotros mismos teníamos al respecto de esta situación no se corresponden con la realidad, con la forma en que hemos vivido esta tragedia.

A pesar de los ingentes estudios sobre el suicidio y las personas que mueren por esta causa, el propio mundo de la salud mental y sus profesionales, la sociedad en general, sufrimos tan gran ignorancia sobre este fenómeno que hemos llenado ese vacío con una enorme cantidad de prejuicios, ideas preconcebidas y medias verdades para intentar explicarnos su perturbadora evidencia.

No nos debe extrañar que sea así, pues el suicidio supone todavía hoy, una frontera ética, social y científica que nos presenta enormes interrogantes y nos interpela profundamente: a pesar de todo lo que hemos aprendido sobre la mente humana, seguimos sin encontrar métodos de ayuda definitivos para evitar que se produzca.

A un nivel mucho más primario y elemental es un desafío para nuestra programación psicológica y genética de preservar la vida y prolongarla. Sin duda alguna esta profunda contradicción entre aquello que como especie se encuentra inscrito genéticamente y su transgresión más definitiva, quitarse la vida, ha contribuido a que el suicidio sea un tabú social, facilitando así que las explicaciones sobre este comportamiento adopten un carácter simplista y de menosprecio, un probable mecanismo de defensa ante aquello que no alcanzamos a comprender y que nos atemoriza profundamente.

Somos testimonio vivo de muchos de esos prejuicios en el trato con otras personas que a veces ni se atreven a hablarnos, del vacío que sufrimos en comunidades pequeñas, del silencio condenatorio al respecto de la sospechas sobre nuestra posible contribución por acción u omisión en el suicidio de nuestro ser querido, de la etiquetas al respecto de quien se suicidó, del silencio social que cubre esta muerte, de la falta de políticas de prevención que entiendan el suicidio como un problema de salud más, también de la falta de ayudas de todo tipo para las personas que sufren esta pérdida.

Introducción

Vienen en mi ayuda numerosos profesionales que ya han reflexionado antes sobre este asunto, entre los cuales debo destacar el psiquiatra cubano Sergio A. Pérez Barrero¹ que publicó hace ya algunos años un decálogo muy extenso sobre esta cuestión. Igualmente se recogían más sintéticamente parecidas recomendaciones en un documento de la OMS (2000)², y que posteriormente han ido incorporándose en buena parte de documentos informativos sobre salud mental y suicidio³. Quede todo el mérito para las personas y organismos que han abierto esta brecha en un silencio tan profundo.

Todo y que he utilizado estos documentos como base para redactar este artículo, asumo la redacción definitiva, pues he añadido razonamientos y argumentaciones propias que no tienen por qué suscribir.

Una disculpa para todas aquellas personas que lean este artículo y hayan sufrido una pérdida por esta causa. De algunas de estas informaciones se puede desprender que no se supo interpretar las indicaciones que la persona dio antes de cometer el suicidio. Podríamos llegar a la conclusión que no estuvimos suficiente atentos a las indicaciones que esa persona nos pudo dar. Nada más lejos de mi intención. Por regla general, nada sabemos de estos indicadores antes de que sucedan, pues no existe una pedagogía sobre la prevención del suicidio, en ocasiones ni lo mismos profesionales de la salud mental los conocen, a veces ni tan siquiera disponen de los protocolos mínimos para contener estas situaciones.

Por desgracia una buena parte de estos conocimientos los descubrimos demasiado tarde para saber si podríamos haberlos utilizado para evitar su muerte, o a pesar de conocerlos, no la pudimos evitar finalmente. No debemos olvidar que no lo decidimos nosotros. *Nadie es la única influencia en la vida de otra persona*⁴. No somos dioses, no poseemos la capacidad de evitar todas las cosas, ni todos los actos de los demás.

Aquello que no es cierto sobre el suicidio

No es cierto que todas las personas que mueren por suicidio o lo intentan sufran una enfermedad mental

Ni todas las personas que sufren una enfermedad mental intentarán suicidarse, ni todas las personas que mueren a causa del suicidio son enfermos mentales. Es cierto que las personas que sufren enfermedades mentales mueren a causa del suicidio en una proporción mucho mayor que la población en general, la proporción de suicidio consumado asociado a trastorno mental es alrededor del 80 – 90% (depresiones, esquizofrenias, trastornos de personalidad, síndromes drogodependientes, alcoholismo pueden ser factores que favorecen la aparición de tendencias suicidas), pero la cuestión que parece ser común en el suicidio es la existencia de un gran sufrimiento emocional. Toda persona que muere a causa del suicidio es una persona que sufre enormemente. Es ese dolor extremo el que le conduce a pensar que la única solución es la muerte.

No es cierto que el suicidio sea hereditario

No existe demostración científica de que el suicidio se herede. No estamos hablando de una enfermedad congénita ni hereditaria, y la simple formulación de este supuesto es una ofensa a todas las personas que han perdido a un ser querido por suicidio, que solo añade más sufrimiento innecesario. Puede existir una predisposición en determinadas familias a sufrir alguna enfermedad mental que tenga como síntoma los impulsos suicidas (destacando la depresión mayor, el trastorno bipolar y la esquizofrenia), o que algunas circunstancias traumáticas faciliten la imitación de conductas autodestructivas.

En este sentido son muchos los investigadores y terapeutas que advierten que los familiares de un suicida tienen más posibilidades de realizar también una tentativa de suicidio. El dolor que causa una pérdida de este tipo, las circunstancias que suelen acompañar esa pérdida son causantes de duelos muy complicados y de terribles sentimientos de culpabilidad, de responsabilidad sobre la muerte de nuestro ser querido, que pueden en ocasiones derivar en duelos patológicos y en enfermedades

No es cierto que el suicidio no se pueda prevenir al ser un acto impulsivo

No es exacto afirmar que el suicida desea morir

mentales. Es indispensable hablar y abordar el duelo por suicidio de manera que estos sentimientos pueden reconducirse; reconciliarse con la pérdida y las circunstancias que lo acompañaron.

Existen casos de suicidios en los que no parecían existir síntomas, avisos o indicadores previos, pero estos casos son un porcentaje muy bajo. Ciertamente estos casos resultan muy difíciles de evitar o prever para desgracia de todas las personas que los quieren. Aun en estos casos parece evidente que existe previamente una ideación o fantasías así como algunos indicadores en su conducta, lo que técnicamente se ha venido en llamar síndrome presuicidal⁶.

Nuestro desconocimiento sobre estas conductas contribuye a no poder detectarlas. Pero habitualmente existen numerosos indicadores de las conductas suicidas y por tanto el trabajo de prevención y la divulgación de los recursos al alcance de las personas que lo sufren es la mejor contribución para ayudar a las personas que se encuentran en ese trance.

Suponer que si una persona piensa suicidarse o lo intenta nada ni nadie podrá impedirlo, niega los testimonios de aquellas personas que una vez superada su situación de crisis nos hablan de su desesperación en aquel momento, de sus sentimientos negativos respecto a la vida.

La mayor parte de las personas que tienen conductas suicidas lo que desean es liberarse definitivamente del sufrimiento emocional y anímico que padecen. Los sentimientos de vida y de muerte se mezclan, hasta que pueden llegar a imponerse estos últimos. Desean morir, porque no quieren seguir viviendo del modo en que viven, tal y como señaló Edwin S. Shneidman. Si se produjeran cambios en su vida esa situación podría cambiar, como así es en muchos casos de personas que han superado sus crisis suicidas.

La ayuda a estas personas, la educación para detectar precozmente estas ideas y poder advertir a aquellos que las sufren sobre sus riesgos y las alternativas a su estado, sin duda contribuirían al descenso en las tentativas.

No es acertado suponer que tras la mejoría de un trastorno, o tras una crisis suicida el riesgo de suicidio ha desaparecido

Desgraciadamente es muy habitual que cuando parece que las personas han mejorado tras sufrir una tentativa, o cuando empiezan a salir de una depresión, se produzcan intentos más graves. Las personas con ideas suicidas que ya han hecho algún intento pueden tener tres veces más posibilidades de un nuevo intento que aquellas que no lo han intentado nunca. Casi el 50 por ciento de las personas que sufren este tipo de crisis han realizado intentos en los primeros meses de su mejoría. Este riesgo es especialmente elevado aproximadamente los doce primeros meses tras un alta hospitalaria y muy elevado los tres primeros.

Esta posibilidad de riesgo es una causa de extrema gravedad para las personas que la sufren, pero sin duda también es causa de gran sufrimiento para las personas que las quieren, que contemplan impotentes que la situación lejos de mejorar, empeora.

Cuando la situación física mejora las personas con tendencias suicidas pueden mantener su idea de llevar a cabo esa acción, pues las ideas suicidas pueden persistir. La interpretación de su sufrimiento no ha cambiado, por lo que pueden volver a intentarlo aunque parezca exteriormente que se ha producido una mejora en su estado.

No es correcto afirmar que el que intenta suicidarse nunca dejará de intentarlo

Desgraciadamente ya sabemos que hay personas que intentan suicidarse en ocasiones realizando diversos intentos en espacios cortos de tiempo, pero también puede producirse pasados largos periodos. Los pensamientos suicidas pueden regresar al cabo del tiempo, pero no son para siempre. En muchos casos, superada la crisis no aparecen nunca más.

Las crisis suicidas puede prolongarse a lo largo de horas, días, pero raramente por más tiempo, lo más importante es disponer de conocimientos y recursos para facilitar la intervención si se producen.

No es cierto que los intentos de suicidio sólo sean una forma exagerada de llamar la atención

El suicidio y las tentativas suicidas nos indican de forma trágica que esa persona no sabe cómo seguir con su vida, piensa en su situación que es mucho mejor morir que seguir viviendo. Los suicidios son en muchas ocasiones una forma desesperada de pedir ayuda aunque nos pueda parecer una contradicción. Es un

No es cierto que los intentos de suicidio sólo sean una forma exagerada de llamar la atención

último recurso fruto de la desesperación, y aunque en ocasiones la intención última no sea morir, esa posibilidad como bien sabemos, no depende solamente de la persona que lleva a cabo esa acción sino también de las circunstancias que lo rodean.

Este criterio peyorativo contribuye nuevamente a minusvalorar a la persona que se encuentra en esa situación, a considerarlo digna de rechazo y a no dedicar esfuerzos sociales y sanitarios a atenderla.

No es cierto que quien habla de sus intenciones suicidas no las llevará a cabo

Se estima que alrededor del 75% de las personas que consuman un suicidio hicieron alguna advertencia antes de llevar a cabo la acción. A veces de manera confusa, otras de manera explícita, la mayor parte de las personas que anuncian sus intenciones de manera verbal o con su conducta, están en algún punto de la cadena de comportamientos que comienzan con la ideación suicida, siguen con la planeación concreta y pueden concluir con la consumación de esa idea.

En muchas ocasiones se tiende a infravalorar esas advertencias, interpretándolas como intentos de manipulación de las personas próximas, chantajes o simplemente amenazas, cuando en realidad se deberían entender por regla general como peticiones de ayuda. Parece más recomendable explorar esas manifestaciones, preguntar sobre qué es lo que se quiere decir cuando se hacen esas afirmaciones y recurrir a profesionales que puedan establecer claramente la gravedad de esos pensamientos.

No es correcto por tanto afirmar que si se le reta, una persona con impulsos suicidas no lo realizará

Infravalorar estas afirmaciones lo que interpretamos como amenazas o intentos de chantaje, ridiculizarlas, no es nada recomendable en esas situaciones. La vulnerabilidad de una persona en este estado es máxima, cualquier acción interpretada como rechazo (aun no siendo nuestra intención) puede reforzar su propia conducta de autoagresión.

No es cierto igualmente suponer que quien realmente se quiere suicidar no lo dirá

Como hemos visto esto contribuye a infravalorar las peticiones de auxilio que de manera más o menos consciente, hacen las personas que se encuentran en esa situación.

No es correcto asociar cobardía o valentía a las personas que mueren a causa del suicidio o hacen una tentativa

El suicidio no es cuestión de ser cobarde y así pretender huir de determinados problemas, como se tiende a dar a entender de manera simplista. Las personas que mueren a causa del suicidio, como ya se ha señalado, sufren profundamente⁶. Es a partir de ese sufrimiento que consideran la muerte como una solución a su situación vital. Asociando este comportamiento a una cualidad negativa de las personas, se contribuye a menospreciar esas conductas y a facilitar su ocultamiento por parte de quien sufre esos impulsos.

De igual manera, atribuir valentía por “atreverse” a tomar este tipo de decisiones, asocia un valor que socialmente suponemos positivo. Muchas veces creemos que con eso “reconocemos” en la persona que perdimos una característica que lo honra, “debió ser muy valiente...”, sin embargo al hacer este tipo de afirmaciones podemos reforzar una conducta que parece ser considerada como digna de imitar, o que merece ser poseída, como es el valor en determinadas circunstancias.

Tal y como señala Pérez Barrero⁷, no debemos aceptar que la cobardía o valentía de las personas se cuantifique por el número de veces que alguien pretenda quitarse la vida o la respete.

No es correcto pensar que sólo los profesionales de la salud mental pueden tratar con personas que tienen ideas suicidas o que están a punto de realizar un intento.

Ya hemos señalado que gran parte de las personas que tienen estas conductas sufren alguna enfermedad mental. A pesar de ello, debemos trabajar en la idea ya indicada que las personas con tendencias suicidas sienten una enorme ambivalencia en sus pensamientos relativos a la muerte. Está demostrado que hablar y razonar sobre esos pensamientos con la persona que los sufre contribuye a reforzar ideas positivas que le pueden alejar de esos impulsos.

Ofrecer distintos puntos de vista que ofrezcan otras soluciones, otras salidas puede ser una posibilidad real de que esa persona reconsidere sus planteamientos de suicidio. El sentido común, el afecto, la empatía no son monopolio de ningún colectivo. En las circunstancias que acabamos de señalar cualquier persona que sea capaz de no perder la calma y que conecte con ella puede facilitar que esa persona aplaque su decisión y considere hablar más de su situación.

No es cierto, por tanto, creer que hablar del suicidio de manera razonada pueda incitar a alguien a hacerlo

No es correcto suponer que el suicidio afecta a una determinada clase social

No es cierto suponer que los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.

La suposición de que hablando del suicidio alguien puede reaccionar con una conducta suicida, vuelve a alimentar la falsa idea de que no se puede hacer nada para ayudar a una persona que sufre estos impulsos. Debemos reiterar la evidencia de que ofrecer razonamientos positivos y favorables a la vida, permite la visión alternativa de la situación.

Las personas que mueren a causa del suicidio se encuentran en todas las escalas sociales. El suicidio es una conducta humana que se presenta en países subdesarrollados, desarrollados, y en cualquier clase de régimen político. Parece que estadísticamente se produce en mayor proporción en los países desarrollados, pero su condición multifactorial hace que afecte a todo tipo de personas, pobres y ricas, en prácticamente todos los lugares del mundo.

Se tiende a asociar, por ejemplo, crisis económica con suicidio, ignorando que el suicidio es una evidencia constante a lo largo de los años, con crisis o sin ellas. Las dificultades económicas, el deterioro de la calidad del trabajo, de las condiciones de vida, parecen agravar el número de suicidios y tentativas, pero esas interpretaciones tan reduccionistas, contribuyen a favorecer que cuando esas condiciones mejoran se piense que no es necesario seguir con la prevención y la atención a los supervivientes, y desgraciadamente deje de ser noticia de interés.

El suicidio no puede ser una excusa para hablar de la cara más trágica de la crisis, es en sí mismo un grave problema de salud, tal y como señala desde hace años la OMS⁸. Sus consecuencias son sociales, económicas, psicológicas y debe abordarse por parte de los gobiernos y los medios de comunicación con toda la gravedad que nos indica que cada 40 segundos⁸ una persona muere por suicidio en el mundo.

Ya hemos indicado en algún punto anterior que hablar del suicidio no supone incitar esa conducta. Del mismo modo, la información razonada y con una correcta orientación pedagógica sobre una conducta que supone centenares de muertes en nuestro país tampoco puede

No es cierto suponer que los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio.

suponerlo. Por otro lado, si siguiéramos ese razonamiento deberíamos preguntarnos por qué se ofrece información sobre accidentes de tráfico o sobre violencia de género.

Rechazamos los tratamientos sensacionalistas que sólo abundan en los detalles más trágicos, con el único afán del beneficio económico y la audiencia, y que suponen añadir sufrimiento a los seres queridos de la persona que se ha suicidado.

Los medios de comunicación pueden ser un instrumento valioso de prevención si al informar sobre esta conducta divulgan algunos conceptos básicos para mejor conocimiento del público en general sobre los signos de alarma de una crisis suicida; los lugares y contactos a que acudir si se sufren esas ideas o impulsos y los grupos y conductas de riesgo.

La razón última de estas líneas

Muchas de las personas que los lean tal vez piensen que para ellos es demasiado tarde, que su pérdida ya se ha producido; que saber esto ya no les sirve de nada, pero es en memoria de todos los que hemos perdido, que reivindicamos la necesidad de reconocer y normalizar la atención al suicidio y a todas sus víctimas.

Un reconocimiento

Quiero expresar mi agradecimiento al Dr. Santiago Durán – Sindreu, psiquiatra en la unidad de prevención del suicidio de l'Hospital de Sant Pau por su amabilidad en leer este documento y por realizarme sugerencias sobre su contenido, como siempre dispuesto a colaborar con cualquier iniciativa de nuestra asociación y trabajar en primera línea con las personas en riesgo de suicidio.

Referencias Bibliográficas

- 1 **Sergio A. Pérez Barrero**
Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos.
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 386–394, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Colombia.
- 2 **OMS**
2000 Prevención del suicidio: Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud.
- 3 **Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad**
Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
Pág. 319. 2012. España
- 4 **Edward Dunne, John McIntosh, y Karen Dunne – Maxim**
Suicide and its Aftermath: Understanding and Counseling the Survivors. (El suicidio y sus secuelas: comprender y asesorar a los sobrevivientes)
W.W. Norton y Compañía. 1987. EEUU
- 5 **Ringel (citado por De Leo D), De Leo D**
Why are not getting any closer to preventing suicide?
Br J Psychiatry. 2002. UK.
- 6 **E.Stengel**
Psicología del suicidio y de los intentos suicidas.
Horme ediciones. 1987.
- 7 **S.A. Pérez Barrero**
El suicidio, comportamiento y prevención.
Ed. Oriente. 1996. Santiago de Cuba.
- 8 **OMS**
Prevenir el suicidio: un imperativo legal.
2014

Créditos

Esta es una publicación editada por
“Després del Suïcidi – Associació de Supervivents”
(DSAS) bajo el permiso del autor.
Barcelona, Octubre de 2015

© De los textos: Carles Alastuey, 2015

Artículos publicados originalmente en *Duelia*
<http://blogs.duelia.org/el-duelo-por-suicidio/2015/01/19/los-mitos-y-las-creencias-equivocadas-al-respecto-del-suicidio-i/>



Después del Suicidio – Asociación de Superviventes
www.despresdelsuicidi.org

Para hacer llegar donativos a la asociación:
ES22 2100 0778 9602 0023 8976

Colaboran:



Diseño Gráfico:

Sergi Vilà Bori
www.sergivilabori.com

Venezuela inicia una nueva era. El país ha decidido dar la espalda al chavismo el día en que se cumplían 17 años de la primera victoria de Hugo Chávez. La oposición venezolana superó todas las adversidades posibles y ha vencido las elecciones parlamentarias. La Mesa de la Unidad Democrática (MUD) tendrá el control de la Asamblea Nacional. La oposición, citando el segundo boletín oficial del Consejo Nacional Electoral, ha informado de que ha obtenido 112 diputados.

DSAS

01	Carles Alastuey	Mitos y creencias equivocadas respecto a la muerte por suicidio	Diciembre 2015
----	--------------------	--	-------------------