**ACERCA DE LOS MITOS Y LAS FALSAS CREENCIAS EN RELACIÓN AL SUICIDIO (EN**

*¿Verdadero o Falso?*

 “El que dice o amenaza con que se va a matar no lo hace”. Falso. La mayoría de las personas que se suicidan manifiesta de alguna manera su intención previamente.

  “Las personas que intentan suicidarse tienen un padecimiento mental”. Falso. No necesariamente, hay situaciones en que no existe ningún padecimiento mental.

 “Cuando una persona da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro”. Falso. En realidad es uno de los momentos más complejos. La persona se encuentra frágil y sigue estando en situación de riesgo. Seguir acompañándola es clave. Existen señales de alerta. El suicidio no es un acto repentino.

La OMS, en 2006, en el texto “Prevención del Suicidio. Recursos para Consejeros”, refiere lo siguiente: “Hay numerosos mitos con respecto a los comportamientos suicidas. A continuación se presentan algunos de los más comunes.

 Mito 1: Las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño pues sólo quieren llamar la atención. FALSO: Los consejeros deben tomar todas las precauciones posibles al confrontar a una persona que habla acerca de ideas, planes o intenciones suicidas. Todas las amenazas de daño a sí mismo se deben tomar en serio.

 Mito2: El suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia. FALSO. El suicidio puede parecer impulsivo, pero puede haber sido considerado durante algún tiempo. Muchos suicidas dan algún tipo de indicación verbal o conductual acerca de sus intenciones de hacerse daño.

 Mito 3: Los suicidas de verdad quieren morir o están resueltos a matarse. FALSO. La mayoría de las personas con ideas suicidas comunican sus pensamientos a por lo menos una persona, o llaman a una línea telefónica de crisis o al médico, lo cual es prueba de ambivalencia, no de intención irrevocable de matarse.

 Mito 4: Cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro. FALSO. En realidad, uno de los momentos más peligrosos es inmediatamente después de la crisis o cuando la persona está en el hospital después de un intento de suicidio. La semana después del alta es cuando la persona está particularmente frágil y en peligro de hacerse daño. Puesto que el comportamiento pasado es pronóstico de comportamiento futuro, el suicida sigue estando en situación de riesgo.

 Mito 5: El suicidio es siempre hereditario. FALSO. No todo suicidio se puede relacionar con la herencia, y los estudios concluyentes son limitados. Sin embargo, el historial familiar de suicidio es un factor de riesgo importante de comportamiento suicida, particularmente en familias en que la depresión es común.

 Mito 6: Las personas que se suicidan o lo intentan siempre tienen un trastorno mental. FALSO. Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros trastornos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobrestimar. La proporción relativa de estos trastornos varía en distintos sitios y hay casos en que no había ningún trastorno mental evidente.

 Mito 7: Si habla con un paciente acerca del suicidio, el consejero le está dando ideas. FALSO. Es claro que el consejero no causa el comportamiento suicida con sólo preguntar si el paciente está pensando en hacerse daño. En realidad, la validación del estado emocional de la persona y la normalización de la situación inducida por la tensión son componentes necesarios para reducir la ideación suicida.

 Mito 8: El suicidio sólo le ocurre a “otros tipos de personas”, no a nosotros. FALSO. El suicidio le ocurre a todo tipo de personas y se encuentra en todo tipo de familias y sistemas sociales.

 Mito 9: Una vez que una persona ha intentado suicidarse, nunca volverá a intentarlo otra vez. FALSO. De hecho, los intentos de suicidio son un pronóstico fundamental de suicidio.

 Mito 10: Los niños no se suicidan porque no entienden la finalidad de la muerte y son intelectualmente incapaces de suicidarse. FALSO. Aunque es poco común, los niños sí se suicidan y cualquier gesto, a cualquier edad, se debe tomar en serio.

**Es importante que sepas:**

* **La persona que se suicida no desea morir.** La persona que tiene ideas suicidas está transitando una situación de ambivalencia en su vida, es decir, desearía morir si su vida continúa de la misma manera, pero desearía vivir si se produjeran cambios significativos en ella.
* **Se cree que el que dice o amenaza con quitarse la vida, no lo hace, sin embargo**, la mayoría de las personas que se suicidan, hicieron saber el propósito de acabar con su vida.
Toda persona antes de cometer un intento de suicidio evidencia una serie de señales que de ser detectada a tiempo puede ayudar a evitarlo. El suicidio no ocurre sólo por impulso.
* **El suicidio o intento de suicidio puede ocurrir durante un proceso depresivo o no.**
Los comportamientos suicidas se han asociado con depresión, abuso de sustancias, esquizofrenia y otros padecimientos mentales, además de comportamientos destructivos y agresivos. Sin embargo, esta asociación no se debe sobrestimar. No hay una relación directa entre el sufrimiento que padece quien desea terminar con su vida y los padecimientos o enfermedades mentales.
* **Hablar con una persona sobre sus intenciones de matarse no incrementa la posibilidad de cometer suicidio.** Dialogar sobre el tema reduce la posibilidad de cometerlo y puede ser una oportunidad para ayudar a quien está padeciendo.
* **No debe asociarse el suicidio y el intento de suicidio con acciones de cobardía o valentía, tampoco con hechos románticos o heroicos**. No es menor destacar que la acostumbrada asociación que se realiza desde los medios de comunicación del suicidio con hechos delictivo al anunciarlos en las secciones policiales, debe ser cuestionada.
* **Suele afirmarse que los niños no se suicidan**. Sin embargo, una vez que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio.