

Reflexiones acerca de lo que significa ser Terapeuta Ocupacional frente al suicidio de un paciente.

Reflections about what it means to be an Occupational Therapist in the face of a patient's suicide.

Jorge Serna Yepes.

Terapeuta Ocupacional, Hospital de Día Ramón y Cajal.

Cesar Pérez Franco.

Terapeuta Ocupacional, Hospital de Día Santa Cristina.

Pilar García-Margallo Ortiz de Zárate.

Terapeuta Ocupacional, Unidad de Estancia Breve Ramón y Cajal.

Resumen: Este artículo es un acercamiento personal y grupal al suicidio, por lo tanto, no es una guía, no es un estudio comparativo ni descriptivo, ni una revisión bibliográfica, son unas reflexiones personales,” de unos humildes obreros de la terapia; de la Terapia Ocupacional”; quizás lo que si pretende ser es un movimiento de abreacción, donde el lector no se convierta en un mero espectador, sino en alguien que me acompañe. No intentamos instruir a nadie sino simplemente compartir con vosotros lo que significó en nuestro proceso de convertirse en terapia ocupacional y en nuestra experiencia personal, enfrentarse a esta realidad.

Palabras claves: suicidio, terapeuta ocupacional, equilibrio ocupacional, superviviente, volición, identidad ocupacional, vacío existencial, ocupación.

Abstract: This article is a personal and group approach to suicide, therefore, it is not a guide, it is not a comparative or descriptive study, nor a bibliographic review, it is some personal reflections,” of some humble therapy workers; Occupational Therapy ”; perhaps what it does intend to be is a movement of abreaction, where the reader does not become a mere spectator, but someone who accompanies me. We are not trying to instruct anyone but simply to share with you what it meant in our process of becoming Occupational Therapy and in our personal experience, to face this reality.

Keywords: suicide, occupational therapist, occupational balance, surviving, volition, occupational identity, existential emptiness, occupation.

Damos las gracias a Nuria Alonso (por su cariño y escucha), Ana Abad (por su apoyo y motivación) y a Mariano Hernández (por sus palabras y reflexiones).

No nos libramos de un dolor mientras no lo conozcamos hasta el extremo. *M. Proust.*

¿De qué nos sirve viajar a la luna si no somos capaces de atravesar el abismo que nos separa de nosotros mismos? *Thomas Merton.*

Introducción

Actualmente resulta cada vez menos tabú hablar del suicidio, pero, en nuestra opinión, todavía no se aborda con la suficiente claridad ya no solo desde la sociedad en general, sino sobre todo desde los distintos sectores profesionales de la salud mental incluyendo a los Terapeutas Ocupacionales; supongo que por el miedo a asumir esta realidad. Si a todo esto le añadimos la influencia que la moral y las distintas “creencias” que se ejercen y se han ejercido desde la sociedad, es fácil comprender que, en nuestro medio, el comportamiento suicida sea considerado como una conducta reprobable, por lo tanto, estigmatizante. Estigma que ya no solo señala (la sociedad) al paciente, sino que es compartida por la triada: paciente, familia y profesional, y que de alguna forma puede provocar que uno se sienta señalado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), celebró en el 2019 el día Mundial de la Salud Mental, en concreto el 10 de octubre, dedicándolo a la prevención del suicidio, lo cual permitió de alguna forma concienciar y movilizar a la población acerca ya no solo de las cuestiones relativas a la salud mental sino a un tema significativamente alarmante como es el suicidio.

Como bien sabemos el suicidio es uno de los problemas de salud pública más grave en todo el mundo, siendo la causa de más 1.000.000 muertes anuales. (1) La mortalidad anual global provocada por suicidio se estima en 16 muertes en 100.000 personas, lo que equivale a un suicidio cada 40 segundos (la verdad es que no sé cuánto tardarás en leer esta reflexión, pero podéis hacer un simple cálculo y seguro que os hará pensar). Las tasas de mortalidad por suicidio se han ido incrementando en los últimos años hasta un 60% a nivel mundial. La ideación suicida es más frecuente que los intentos de suicidio o los suicidios

consumados (Kessler et ál., 2005). Siendo los grupos etarios más vulnerables los jóvenes y ancianos, especialmente los hombres. (2)

El suicidio se mantiene como la principal causa externa de muerte en España, según el Instituto Nacional de Estadística y el Consejo General de la Psicología de España). Las estadísticas disponibles en el año 2018 señalan que el suicidio se mantiene nuevamente como la primera causa de muerte externa en nuestro país con 3.539 fallecimientos. Según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio en el año 2018, el suicidio va a ser responsable del 1.5% de todas las muertes, la décima causa de muerte a nivel mundial. Habiendo una media en España de 10 suicidios al día, por lo tanto, cada 2,5 horas alguien en nuestro país se ha suicidado (3). Por cada suicidio, se estima que 6 personas sufren un intenso duelo.

Pero ¿qué entendemos como terapeutas ocupacionales por suicidio?

Aunque no es el objetivo del artículo/reflexión, sí nos parece interesante poder definir este concepto a lo largo de la historia, un poco con la idea de poder entender y concretar este término: Suicidio. Sí nos gustaría recomendar, si nos lo permitís, la necesidad de poder leer los distintos modelos teóricos y explicativos del por qué se puede llegar a producir este fatídico acto.

El suicidio ha sido investigado desde diversas disciplinas: psiquiatría, psicología social, sociología, filosofía, antropología..., etc., por lo que existen múltiples definiciones y clasificaciones de la conducta suicida a lo largo de la historia de la humanidad.

El concepto de suicidio ha ido sufriendo variaciones y evoluciones a lo largo de la historia debido a que ha sido interpretado de maneras distintas en función de la época histórica, régimen moral



imperante y el sistema cultural dominante (Vicente Muelas y Ochoa Mangado, 2007) (4). Este acto ha sido un comportamiento muchas veces enaltecido y otras banalizado; y en otros momentos ha sido muestra de valor y libertad o de cobardía y debilidad (5).

El filósofo y sociólogo francés Emile Durkheim (1897) lo definió como cualquier caso de muerte que, directa o indirectamente, es el resultado de una actuación positiva o negativa realizada por el ejecutor —y a la vez víctima— a sabiendas de cuál será el desenlace. Para Durkheim, el suicidio no es un acto nacido desde el individualismo sino *un fenómeno sociológico* debido en buena parte a una deficiente —o inexistente— integración del individuo en la sociedad. Este acto por lo tanto será un acto multifactorial en el que intervendrán factores psicológicos como sociológicos, filosóficos, morales-éticos y biológicos (4). A partir de este autor y otros (como Pinel, Esquirol, Freud...) llegamos a definiciones más actuales: según la OMS en 2003, el «comportamiento suicida varía en cuanto a los grados, desde solo pensar en quitarse la vida hasta elaborar un plan para suicidarse y obtener los medios para hacerlo, intentar suicidarse y, finalmente, llevar a cabo el acto (“suicidio consumado”)». (6)

El suicidio es el acto de matarse de forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas (ideación suicida) como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales, aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica. (7)

La Real Academia Española (RAE) se refiere al suicidio como el acto de «quitarse voluntariamente la vida. (8). Como indica el Dr. Enrique Echeburúa, el suicidio es y será una urgencia vital ubicada no solo en un contexto biográfico de pérdida de la salud de la persona, sino también de debilitamiento de sus redes afectivas y sociales. Así, en la toma de decisiones de una persona que se implica en una conducta suicida hay tres componentes básicos: a) a nivel emocional, un sufrimiento intenso; b) a nivel conductual, una carencia de recursos psicológicos para hacerle frente; y c) a nivel cognitivo, una desesperan-

za profunda ante el futuro, acompañada de la percepción de la muerte como única salida. Por ello, no es un problema moral. Es decir, los que intentan suicidarse no son cobardes ni valientes, solo son personas que sufren, que están desbordadas por el sufrimiento y que no tienen la más mínima esperanza en el futuro (Bobes, Giner y Saiz, 2011)”(9). Sin embargo, muchas personas que llevan a cabo una conducta suicida no quieren morir (de hecho, son muchas más las tentativas suicidas que los suicidios consumados), lo único que quieren es dejar de sufrir y por eso pueden estar contentos de no haber muerto una vez que el sufrimiento se ha controlado (Spirito y Donaldson, 1998).

En conclusión, sí que señalaríamos una serie de conceptos especialmente importantes que nos ayudan a comprender lo que podría definir el suicidio: social pero individual, acto multifactorial, acto de matarse voluntariamente, del pensamiento al acto, emoción, sufrimiento, urgencia y pérdida de esperanza. Conceptos que de alguna forma nos permiten llegar al siguiente cuestionamiento: ¿qué entendemos como terapeutas ocupacionales por suicidio? La realidad es que no existe o quizás no hemos sido capaces de encontrar una definición y/o modelo que desde la terapia ocupacional pudiese explicar el concepto suicidio.

Sabemos que, como terapeutas ocupacionales, nuestras intervenciones van a tener como fin el “intentar” restablecer el desarrollo vital del individuo, es decir, recuperar la salud; entendida ésta como un equilibrio y/o dominio entre las distintas áreas, en nuestro caso ocupacional; que a su vez engloba o hace referencia a un determinado funcionamiento ocupacional (10). Como dice G. Kielhofner la identidad del individuo va a estar definida en función de sus roles, así como las relaciones, los valores y creencias, el auto concepto, los deseos y los objetivos personales. Su modelo teórico, el M.O.H.O. (Modelo Ocupacional Humano) concibe a los seres humanos como un sistema abierto y dinámico, resaltando el “Comportamiento Ocupacional” como un proceso organizador. Este sistema abierto y dinámico; está compuesto, a su vez por elementos internos que se dividen en tres subsistemas: la volición, habituación y capacidad de desempeño. Todo este sistema abierto

está en relación con un entorno/ambiente (componentes externos), existiendo permanente comunicación entre ambos.

Si analizamos el concepto *volición* desde este modelo, podríamos pensar que, como seres humanos, somos seres en acción. Esta acción nos permite dar forma a nuestro propio ser, y a su vez nos proporciona la base de la “motivación” hacia la ocupación. Por lo tanto, la volición o necesidad/deseo para la acción va a estar mediada por distintos aspectos tanto físicos como biológicos, sociales y psicológicos-emocionales. Cada uno de nosotros vamos a tener sentimientos y pensamientos “volitivos” acerca de lo que cada uno de nosotros consideramos importante (los valores), el cómo nos percibimos en relación con nuestra capacidad, competencia y eficacia (causalidad personal) y cómo encontramos de disfrutable el hacer (intereses). Estos tres aspectos van a contener componentes esenciales de nuestro sentir, de nuestro pensar y fundamentalmente de nuestro hacer. No solo como seres individuales, sino en relación con el mundo; una relación entremezclada, recíproca, dinámica y básica para la construcción de nuestro propio yo. Hasta tal punto, que es a través de esta relación mutua donde nuestra propia identidad se construye. (11)

Podría ser (como hipótesis), que estos pensamientos y sentimientos volitivos acerca de quién es uno (identidad) se vean influenciado por distintos estados mentales (conscientes o inconscientes) llevando a la persona a contactar con las múltiples “caras del suicidio”. O, mejor dicho, pudiera ser que la fragmentación de la identidad del individuo (escindido y/o dañado por distintos estados mentales) condujera a una disfunción volicional del sujeto, y por lo tanto a la “infelicidad”, al vacío existencial previo al “deseo de no ser”, como respuesta al intento de volver a ser. Por lo tanto, podríamos plantearnos el suicidio como una disfunción volicional de individuo afectado por distintos estados mentales... (la verdad que no sabemos... pero...).

¿Por qué hablar de este tema?

No existe quizás una única razón, (de hecho, lleva en nuestro cajón varios años), suponemos que ahora es el momento vital-profesional en el que podemos enfrentar a nuestros miedos/temores

que si bien son emociones básicas con función de protección a veces nos encorsetan y limitan.

Desde una posición existencial que incluye la percepción que tenemos de la vida, de uno y de los demás) donde nos sentimos más “capaces-valientes “para hablar del tema del “deseo de no vivir-no hacer” del otro frente (no desde una posición confrontativa sino de acompañamiento) a nuestro deseo “de vivir-hacer”. Poder hablar desde nuestra propia narrativa, un poco como un acto rebelde y adolescente en contraposición a estos momentos donde la “ciencia, los datos, los protocolos... etc.”, nos abren nuevos campos y posibilidades, pero, por otro lado, a veces nos limitan a la hora de poder visibilizar lo que nos sucede a los terapeutas ocupacionales en nuestro “quehacer” diario en relación con el otro.

Sentimos que la única forma de poder enfrentar a este hecho es hablar de él, es decir, aplicar aquello mismo que les decimos a las “personas” con los que intervenimos y es (*poner palabras*, hacer visible lo no visible), ya que es la única forma de poder construir un lenguaje entre ambos, un dialogo necesario para poder entender realmente al paciente suicida, a su entorno y a nosotros mismos.

Otras posibles causas por la que nos animamos a hablar de este tema es la escasez de formación académica universitaria específica y no universitaria y las escasas o nulas referencias bibliográficas (especifica de la TO) a las que agarrarse, a la hora de manejar e intervenir en esta situación, hasta tal punto que más allá de las evaluaciones propias de otros profesionales tales como las Escalas de Depresión de Beck (BDI-II), (Beck, Brown y Steer, 1996) o Hamilton (HDRS) (1960) o la Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974), (12) no tenemos casi instrumentos de valoración de la conducta suicida de las personas con las que intervenimos en la propia valoración ocupacional. De hecho, por no saber, no sabemos ni qué, ni cuándo ni cómo preguntar.

Algunas de las preguntas básicas que debemos o deberíamos plantearnos en la entrevista ocupacional podrían ser: “¿ha pensado alguna vez que lo mejor sería 'quitarse de en medio'?, le pregunto esto porque algunas personas en su misma situación lo suelen pensar, y, ¿cómo ha



pensado hacerlo?”... Muchas veces nos da miedo preguntar estas cuestiones porque uno de los mitos que se han ido arrastrando a lo largo de los años es que preguntar sobre el suicidio puede inducir este tipo de ideas en el entrevistado. La realidad es que solo por preguntar, no vamos a provocar el suicidio (posición, por cierto, algo narcisista). Estos pensamientos van a estar en un porcentaje elevado de personas a lo largo del proceso de pérdida de salud, convirtiéndose el suicidio en la solución a sus problemas. Lo que sí se sabe es que preguntar por este tema puede ser muy liberador para la persona entrevistada, pues aún en nuestra sociedad pensar en estas cosas tiene un gran estigma.

De alguna forma el “paciente suicida” va a significar un reto constante en nuestro quehacer como terapeutas ocupacionales (y con la forma de concebir la propia terapia y al ser humano) enfrentándose a los propios límites tanto de la profesión como personales. La realidad es que todos los que trabajamos como terapeutas ocupacionales independientemente del ámbito clínico en que desarrollemos nuestra actividad, vamos a estar expuestos a la potencial conducta suicida de nuestros usuarios, manifestada a través de las diferentes dimensiones que dicha conducta suicida pueda adoptar. En nuestra vida profesional es y va a seguir siendo uno de los episodios más traumáticos al que nos hemos tenido que sufrir y al que nos tendremos que seguir enfrentando, y digo traumático porque es el que más “cicatrices invisibles” (expresión de nuestra compañera y amiga Ana Abad) han dejado en nuestra identidad profesional.

Desafortunadamente no existen estudios donde se contabilice el número de casos de suicidio al que como terapeutas ocupacionales nos tenemos que afrontar en nuestra labor profesional en el discurrir a lo largo de nuestra vida laboral. No pasa lo mismo con otras profesiones; donde si existen estos estudios.

Como dice la Dra. Julie Cerel, presidenta de la Asociación Americana de Suicidología y profesora en la Universidad de Kentucky en la entrevista que le realizan para Pysciencia, “A lo largo de más de 20 años desafortunadamente me he tenido que enfrentar a esta realidad y todo lo que produce este acto, más de una vez”. “La gente suele creer que

el impacto solo llega a un puñado de familiares cercanos”, “En realidad, nuestro trabajo ha encontrado que 135 personas son expuestas a cada suicidio; quiero decir, personas que conocieron a quien murió. Y más o menos un tercio de ellos son impactados profundamente”. En otros estudios se calcula que el número de supervivientes que se producen frente a un suicidio llega aproximadamente hasta 20 personas, incluyendo a todos aquellos profesionales que intervinieron directa o indirectamente con la persona suicida (13).

Podemos definir como sobrevivientes-supervivientes de un suicidio a las personas que sufren la muerte del que se suicida y que por su grado de cercanía han sido afectadas e impactadas por la noticia. Jordan y McIntosh definen que los supervivientes del suicidio son aquellos que perciben un alto grado de malestar o sufrimiento psicológico, físico o social por un período prolongado de tiempo luego del suicidio de un sujeto. (1)

Llegados a este punto podríamos preguntarnos: *¿Podríamos ser los terapeutas ocupacionales supervivientes de este fatídico acto?*

Es difícil responder a esta cuestión. Desde nuestra experiencia y vivencia creemos que sí, que somos supervivientes ya que hemos recibido la onda expansiva de esta “bomba” que suele ser el suicidio del otro, de la persona que tenemos enfrente. De ahí que surja la necesidad de poder hablar y reflexionar acerca de ello desde el rol profesional; sobre nuestra intervención en estas situaciones donde la vulnerabilidad del paciente suicida y la nuestra propia están presentes, interactuando y remitiéndonos a nuestros propios duelos, traumas, valores morales, miedos y estigmas.

Construcción de la identidad del terapeuta ocupacional en relación con un otro

Según G. Kielhofner la Identidad es uno de los principales factores que describen la percepción que un individuo tiene de sí mismo y es construida a partir de experiencias reales y significativas. El desarrollo de la identidad personal está estrechamente unido al auto concepto y auto desarrollo profesional, produciéndose un intercambio creativo y permanente entre el saber y el ser. Un intercambio que evidencia la capacidad de las

personas para aprender a evolucionar y construir su propia línea de auto afirmación profesional/personal. La identidad se refiere tanto a lo que distingue a una persona como a la manera en la que las personas las ven.

En la definición de la TO, Christiansen (1999), señala que la identidad está influida por el amplio mundo social en el que nos encontramos. Esta autora argumenta además que nuestra participación en las ocupaciones ayuda a crear nuestra identidad. Con el paso del tiempo y las experiencias vividas las personas crean una identidad ocupacional, es decir, en quiénes desean convertirse y qué rol cumplirán en la sociedad. (11)

Podríamos señalar varias fases en la construcción del rol de terapeuta y en el aprendizaje de nuestro papel profesional (como dice Pilar García-Margallo en su artículo “Un recorrido intimista a lo largo de la identidad profesional”), pero solo nos vamos a centrar en dos etapas: en el inicio y la actualidad. (11)

Cuando uno empieza a desarrollar el rol laboral, por lo tanto, a construir la identidad profesional en el ámbito de la salud mental, sabíamos que tendríamos que intervenir (acompañar) sobre sujetos con ciertos tipos de sufrimientos muchas veces asociadas a distintos tipos de patologías sobre las que íbamos a tener que intervenir como son la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad... Pero debido quizás a que el suicidio es un acontecimiento poco frecuente (o eso creíamos), no estábamos preparados para lo que nos encontramos algunos de nosotros a los pocos meses de acabar la carrera y al empezar a trabajar en una unidad, clínica: fue el suicidio de algunos de los usuarios del recurso.

Algo que nos quedó claro desde el principio en la construcción de la identidad profesional es que se hacía imprescindible conocer, no solo como se construye la identidad de un individuo sano vs no sano (la psicopatología); así como, las distintas formas de intervenir desde la terapia ocupacional. Si atendemos a las causas del comportamiento suicida, se sabe que la “enfermedad mental” va a ser un factor predisponente más importante, ya que las personas que lo pa-

decen van a presentar un riesgo de suicidio diez veces mayor, que aquellas que no las sufren. Así, la mayoría de los países occidentales, cerca del 90% de las personas que murieron por el suicidio presentaban un problema mental (depresión bipolar, depresión, esquizofrenia, abusos tóxicos...) (Especter, Munera 2013). (5)

Una vez que uno se encuentra con el suicidio; como una realidad más de la manifestación de la psicopatología (o no), nos quedó claro lo importante que era saber más sobre el suicidio, así como los factores de riesgo y los factores de protección, que de alguna forma podían ponernos en sobre-aviso acerca del otro, lógicamente uno necesita tener una especie de “fotografía” de quien tiene delante con el objetivo de poder generar hipótesis de intervención sobre el usuario.

Algunas de las preguntas que nos surgieron en ese momento y que de alguna forma nos seguimos cuestionando: ¿qué pasa cuando la identidad ocupacional del paciente se ve atravesada por la sensación de vacío existencial que provoca que la identidad del individuo se fragmente?, ¿cómo puedo intervenir como terapeuta ocupacional frente a este vacío?

Se supone que los terapeutas ocupacionales en general tenemos herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas y aliviar esta sensación/pensamiento del otro... entonces... ¿cómo intervenir frente a su deseo, frente a su libertad...?, ¿es útil la terapia ocupacional frente al deseo del otro de no ser?, ¿cómo trabajar sobre los valores-creencias ocupacionales para que estos mismos se conviertan en un anclaje, podríamos llamarlo *anclajes de vida*, como por ejemplo la familia...?

Nos parece interesante detenernos en este concepto: **vacío existencial**. Lo podríamos definir: como un espiral sinsentido. Una desgarradora sensación en la que el significado de la vida ha desaparecido y solo queda el sufrimiento y una experiencia de desconexión con el mundo exterior. Buscar una razón única por la que una persona decide suicidarse, no sería justo, debajo de tanto dolor, sufrimiento, incompreensión... suponemos que existirá la vivencia de que no se han podido canalizar sentimientos como la agresión, otros como el vacío existencial donde la persona



con la que intervenimos no encuentra sentido a la vida, donde de alguna forma no se le permite encontrar sentido a su propia identidad y por último sentimientos de no utilidad (14). Viktor Frankl considera el vacío existencial como: «*La pérdida del sentimiento de que la vida es significativa*» «Las personas presentan el sentimiento de que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido. Se ven acosados por la experiencia de su vaciedad íntima, del desierto que albergan dentro de sí» (frases extraídas de la obra de Frankl “Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia”). (15)

Volviendo a lo anterior; en terapia ocupacional, nuestro centro de interés va a ser la **ocupación**, viendo la identidad personal ampliamente ligada al quehacer diario, ya que las ocupaciones nos proporcionan los contextos y oportunidades necesarias para la creación de vidas significativas. El acto de realizar y encontrar un propósito en lo que hacemos, permite que nos sintamos bien con nosotros mismos, nos da sentido de autorrealización y nos permite ser frente a los otros (porque el hacer siempre tiene un significado social). Esta búsqueda de alguna forma puede convertirse en un salvavidas para la persona que sufre. A lo largo de los diferentes periodos vitales que recorremos como personas, vamos tomando cada vez más y más conciencia de quienes somos, de lo que apreciamos en la vida (valores, intereses) y de lo que queremos llegar a ser y a hacer. En este camino, nos vamos definiendo como seres singulares, únicos y encontrando en nuestro hacer, un sentido vital, una razón de vivir, una forma de encontrar sentido a la vida y llenar ese vacío en el que muchas veces nos podemos llegar a encontrar y, por qué no, sentir.

Cuando uno es joven e inexperto, hay veces que uno se puede situar en posiciones fundamentalmente “narcisistas” de poder/saber en la intervención terapéutica. Esto hizo que el suicidio de algunas de las personas con las que interviniésemos fuera vivido como un fracaso personal, con la consiguiente fuente de frustración, culpa, vergüenza, sentimiento de inutilidad, de rabia (de traición), de minusvalía profesional frente a nosotros, frente a otros compañeros y lo peor frente al resto de compañeros de paciente fallecido... que provocaron preguntas en nosotros, que de alguna forma pudieron dañar nuestra identidad

profesional. Todo esto, tarde o temprano se manifestó en nuestro desarrollo profesional y por último en la vida personal.

Lo que sí está presente en esta vivencia es el estilo personal de hacer frente a esta situación. Algo que hemos compartido algunos de los autores de este artículo; era precisamente esto; no compartir la experiencia que supone, el no hablar de ello, de esconderlo, provocado por tanto dolor que lo ocultamos y lo tapamos muchas veces con razonamiento, con defensas y que nos permitieron construir alrededor de nuestro miedo una muralla infranqueable (estilo de respuesta negador y represor, para hacer frente al temor), lógicamente tenía una función; ahora con los años hemos podido entender que fue necesaria, pero que nos limitó como profesional y dificultó las relaciones terapéuticas con el otro.

Si que nos ayudó en ese momento fue el equipo de compañeros y algunas de las distintas experiencias personales frente a los duelos personales, cómo es poder reconocer nuestro propio trauma por ejemplo frente a la muerte de ser un ser amado. Por eso fue importante formarse, aprender de otros compañeros expertos y estudiar, leer, compartir y no tener miedo a hablar de las emociones, entre ellas la culpa.

Algo que leímos y nos ayudó fueron las palabras de Cerel sobre el duelo después del suicidio, describiéndolo como “similar al duelo tras otras muertes repentinas, pero se diferencia en el sentido que la gente afectada por estas muertes siente que hubo algo que pudieron hacer directamente para prevenir la muerte. Se preguntan por qué durante mucho tiempo”. Este por qué es algo que nos acompañó en nuestra labor. Entendiendo por duelo toda reacción universal, instintiva y adaptativa que se produce por la pérdida de un ser querido (Tal Young et ál., 2012) (16). Según Worden (2013) como consecuencia de este proceso de duelo pueden aparecer en las personas una serie de conductas normales como sentimientos de tristeza que se suelen manifestar a través del llanto o ira hacia la persona que ha fallecido, sentimientos de culpa y remordimiento, ansiedad, soledad, fatiga que puede ser expresada a través de indiferencia o apatía, desamparo, shock, añoranza, alivio e insensibilidad. También pueden experimentar una serie de sensaciones físicas, así como hiperactividad y

agitación, incredulidad, confusión, preocupación, así como tener la sensación de que la persona fallecida está presente, alucinaciones, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, conducta distraída, retraimiento, soñar con la persona fallecida, evitar recordarla, buscarla o llamarla en voz alta. (17). Consecuencias que de alguna forma no nos fueron del todo desconocidas, ya que el duelo por suicidio generalmente conecta con la sensación de lo inacabado, de lo no resuelto, del vacío que te deja el paciente, con lo abrupto, con lo inesperado, con la ruptura en la relación terapéutica, con la desconfianza y sobre todo con la tristeza aparte de la frustración que significa todo esto. Todas estas experiencias generaron un sentimiento de desconfianza ya no solo hacía el otro, sino hacia la labor como terapeutas, que provocaron unas ciertas reticencias a implicarse con el otro nuevamente, fundamentalmente por miedo a sentirse herido de nuevo. Preguntas internas que nos hacíamos eran del tipo: ¿qué se nos ha pasado?, ¿qué podríamos haber hecho?, ¿se nos pasó algo por alto?, ¿deberíamos haberme dado cuenta?, y afirmaciones internas como: ha pasado por algo que NOSOTROS hicimos mal... Este dolor se instauró como una señal de algo no resuelto.

En la actualidad, como terapeutas ocupacionales, hemos intentado construir un yo profesional basado en una posición existencial humanista frente al otro, donde el modelo de intervención no sea basado en un modelo centrado en nuestro propio discurso y sí, en el otro, en su narrativa y en todo su significado.

En el artículo de Bellido Mainar J.R, Berrueta Maeztu L.M, mencionan la siguiente reflexión que nos parece básica, y es como la relación terapéutica es un aspecto central de nuestra profesión, que se enmarca en lo que algunos autores anglosajones denominan la práctica centrada en el cliente, que, junto a la práctica centrada en la ocupación y la práctica centrada en la evidencia, forman las bases de la profesión. Como terapeutas ocupacionales, sobre todo (perdonar) cuando uno, es “experto”; algo que es fundamental ya no solo es el conocimiento del otro sino fundamentalmente de uno mismo, con el objeto de tener una relación terapéutica basada en el “eros”, es decir, en el amor, en la bondad y compasión hacía el otro y en la comprensión de su ser. Este proceso de conocimiento mutuo es algo que

abarca todo nuestro desarrollo como profesionales y sobre todo como personas. (18)

En este camino hacia el encuentro entre paciente-terapeuta nos ha permitido vivir la relación con nuestro contra-rol como un espacio de co-creación, donde la posibilidad del suicidio aun estando presente, puede vivenciarse no desde el miedo a volver a ser herido, sino desde la esperanza de poder “estar” con el otro, haciendo que el dolor por el suicidio del otro pueda ser manejable.

Partiendo del concepto de salud de la OMS y de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF, 2001), es evidente que el área ocupacional y el concepto salud van de la mano y no se puede entender uno sin entender al otro. Sabemos cómo la ocupación, como fin en sí misma, es determinante del bienestar y salud. También sabemos cómo esta ocupación va a permitir a la persona adaptarse y desarrollarse en su medio ya no solo satisfaciendo sus necesidades vitales sino otorgando y dando, significando a su vida. (19,20) Por otro lado, esta ocupación nos va a permitir a los seres humanos poner a prueba nuestras capacidades más intrínsecas (valores... resiliencia...) para adaptarse a los cambios tanto internos como externos. Con el tiempo hemos entendido que la ocupación tanto de tipo individual como grupal va a ser el espacio del encuentro entre el otro y el terapeuta, constituyendo un nosotros. Como terapeutas ocupacionales y psicodramatistas entendemos que el encuentro solo es posible a partir de la relación y la reciprocidad, solo cuando cada uno de los implicados experimenta la más simple y profunda existencia del otro, podrá experimentar la suya propia. (21).

En conclusión

Nuestras intervenciones como terapeutas ocupacionales con una visión humanista del ser humano van a estar encaminadas a ayudar a aliviar el sufrimiento de las personas con problemas de salud mental e intentar explorar, evaluar y ver qué estrategias de afrontamiento frente a los problemas tienen los usuarios del servicio de TO. Para eso usaremos nuestras herramientas; es decir, la ocupación y todo su significado. (20), sin olvidar el uso terapéutico de nuestro, sin olvidar el uso terapéutico de nuestro yo.



Como profesionales y en función del modelo de intervención que adoptemos frente al paciente, así como el tipo de relación terapéutica que establezcamos entre ambos, intentaremos posicionarnos, no en posiciones de poder y sí en posiciones donde el “eros terapéutico”, esté presente. Generando puntos de encuentro, de confianza... Quizás adoptando estas posiciones uno se haga más permeable al dolor del otro, y por lo tanto más vulnerables frente a su eventual suicidio del otro, pero mediante herramientas como con el conocimiento, experiencia y la supervisión vamos a ser capaces de estar acompañando al paciente, incluso frente a su deseo de no vivir.

Muchas veces la forma de afrontarlo variará en función de muchos factores (como las características personales del terapeuta, la experiencia vital-profesional, el momento del tratamiento en el que se encuentre el paciente, incluso en el recurso desde donde estemos llevando a cabo nuestra labor), siendo a nuestra forma de ver la experiencia del profesional y por lo tanto en la posición en las que se situé frente a este acto/paciente suicida las que determinen su forma de encajar esta experiencia.

En la actualidad el poder hablar (elaborar) de ello en espacios personales/individuales y grupales

nos ha permitido vivir el suceso de una manera menos traumática, menos solitaria, así como ser consciente de nuestras distintas respuestas personales frente a este hecho, el poder escuchar a otros compañeros expertos con experiencias de afrontamiento me ha ido ayudando a poder conseguir un mayor bienestar psicológico.

Es importante reconocerse e identificar la propia angustia (con sus señales), los propios mecanismos de defensa, pensamientos, emociones y temores, por que es a través de ellos cuando vamos a poder sobrellevar/manejar esta situación. El poder compartir nos va a ayudar a afrontar nuestros propios miedos, el sentimiento de culpabilidad... la forma de hacerlo es y será desde la generosidad del que no sabe, desde la aceptación de otra mirada del que te va a permitir explorar tu hacer como terapeuta con el objetivo final de aprender, es decir, supervisar nuestra labor.

Está claro que toda situación traumática, así como su elaboración nos permite un crecimiento personal y profesional, así como un fortalecimiento de las habilidades como terapeuta. Aceptar nuestros propios límites desde una posición humilde nos va ayudara a ser mejores profesionales, pero sobre todo ser mejores personas. (1).

Contacto

Jorge Serna Yepes ✉ jorge.serna@salud.madrid.org
Hospital Ramón y Cajal. Carretera Colmenar viejo, Km 9.100 • 28034 Madrid

Bibliografía

1. “El suicidio de un paciente. Impacto en el psiquiatra”. Silviana Mazarra. Rev. Argentina de Psiquiatría. 2014. Vol XXV (pág. 184-194).
2. “Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo de comportamiento suicida”. Julio Bobes García, José Giner Ubago y Jerónimo Saiz Ruiz. Ed Triacastela 2011. Pág. 20.
3. “Guía informativa para la detención y prevención de suicidio”. www.cop.es. Año 2019.
4. “Consideraciones sobre el suicidio. Una perspectiva histórica” Vicente Muelas N; Ochoa Mangado E. www.psiquiatría.com. 2007.
5. El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y profesionales de salud mental. Pilar Munera Ramos. Tesis doctoral. Universidad de Granada 2013) (pág. 64).
6. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de calidad para el SNS

- del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-T). 2012.
7. EL SUICIDIO, CONCEPTOS ACTUALES. *Salud Mental*, Vol. 29, No. 5, septiembre-octubre 2006 (pág.67).
 8. RAE, 2014. Bedoya, E., Montaña, L. (2016). Suicidio y trastorno mental. *Revista CES Psicología*, 9(2) (pág. 179–201). <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/issue/view/232>
 9. ECHEBURUA, Enrique. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicol* [online]. 2015, vol.33, n.2 [citado 2020-09-30], pp.117 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-48082015000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 0718-4808. <http://dx.doi.org/10.4067/So718-48082015000200006>
 10. Del Río Sáez R. Características del desempeño ocupacional e relación al riesgo de suicidio asociado en personas con trastorno mental en la comarca de Osona". *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2011; 8(14) [12p]. [Http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original9.pdf](http://www.revistatog.com/num14/pdfs/original9.pdf)
 11. Talavera Valverde MA, compilador. *Identidad Profesional en Terapia ocupacional*. [monografía en Internet]. *TOG (A Coruña)*; 2008 [citado fecha mes y año]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num2/mono2.pdf>
 12. *Terapia Ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación*. G.Kielhofner.3/a. edición. Traducción de Editorial Médica Panamericana, S.A. efectuada por la doctora Diana Klajn. 2015.
 13. "Como es el duelo para un terapeuta cuando un paciente de suicida". Lucy Madox. *Mosaic*. www.psyciencia.com. 2018.
 14. Vacío existencial: la sensación de que la vida no tiene sentido. Gema Sánchez Cuevas. www.lamenteesmaravillosa.com. 2020.
 15. El vacío existencial y la pérdida del sentido de vida en el sujeto posmoderno: retos para el cristianismo del siglo XXI. ISSN 0120-131X | Vol. 41 | No. 96 | Julio-Diciembre • 2014 | pp. 425-444 *Cuestiones Teológicas* | Medellín-Colombia.
 16. Tal-Young, I., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(4), 177-186.
 17. Worden, J.W. (2013). *El tratamiento del duelo*. Barcelona, España: Espasa Libros.
 18. En el artículo de Bellido Mainar JR, Berrueta Maeztu LM. La Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional. *TOG (A Coruña)* [revista en Internet]. 2010 [fecha de la consulta-]; 8(13): [20p.]. <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>
 19. Fernández-López Juan Antonio, Fernández-Fidalgo María, Geoffrey Reed, Stucki Gerold, Cieza Alarcos. Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet]. 2009 Dic [citado 2020 Oct 01]; 83(6): 775-783. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es
 20. Rebodero Rodriguez J, Novoa Fente M; Blanco Pereira M. (compiladores). Montes Bernardo S. (coordinadora). "Terapia ocupacional y ocupación: de la definición a la praxis profesional". [monográfico en internet]. *TOG (A Coruña)*; 2015 [citado fecha mes y año]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num7/mono7.pdf>
 21. *Psicodrama: cuerpo, espacio y tiempo hacia la libertad creadora* G. Severino Simonetti et ál. *Arterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol. 10/ 2015 (139-151); ISSN: 1886-6190.

• Recibido: 08/02/2021.

• Aceptado: 07/10/2021.