

## Profesionales ante el suicidio

Cuando trabajamos con enfermedades mentales, en algunos casos, no es tan claro dónde está la línea que separa la enfermedad y la normalidad, y ahí es donde aparecen nuestras dudas, nuestras neurosis y donde nuestro ser como persona que tiene sentimientos a veces los muestra o tiene reacciones que no esperábamos que sucedieran. Nuestros pacientes tienen una influencia en nosotros, que puede ser profesional, pero que además también puede manifestarse de forma individual y personal.

JOSEP GINÉ

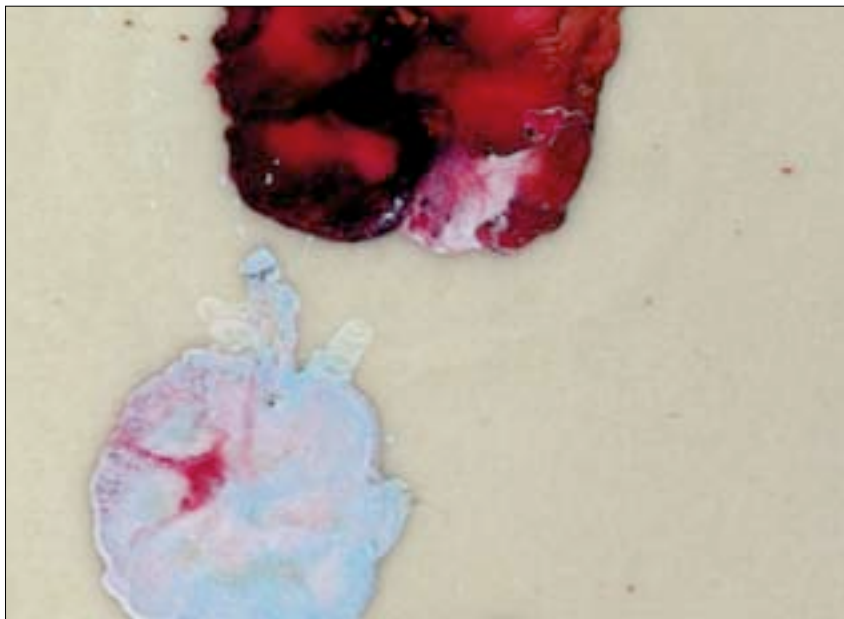
**E**n el último número hemos hablado del suicidio y lo hemos hecho desde diferentes puntos de vista. Hoy, y debido al impacto que este hecho representa en la familia y la comunidad, queremos abordarlo desde el punto de vista de los profesionales.

### Una lección temprana

El psiquiatra Luis de Miguel nos cuenta: «Tras duros años de estudio y prácticas, acababa de llegar a mi primer trabajo como residente de psiquiatría. ¡Qué ilusión la de entonces! ¡Por fin podía ser útil a la

*Los sentimientos fueron dolor, impotencia, frustración y la duda de si podíamos haber hecho algo más*

gente, realizar mi vocación! Ya en las primeras semanas me topé con una dura realidad: los pacientes internados querían salir a toda costa, y los que estaban fuera no querían entrar. ¿Qué tipo de medicina era esta que debía realizarse a la fuerza, muchas veces a disgusto del paciente o de la familia? Sin embargo, tenía la intuición de que en el mundo del dolor era donde se hallaban las verdades más profundas del ser humano, donde no cabían mentiras ni disimulos, donde se podía apreciar lo más descarnado y a la vez lo más sensible del ser humano.



*Los buenos recuerdos que también proporcionó me motivan a seguir realizando con mayor experiencia mi labor asistencial a los pacientes que lo necesitan*

Un día nos llamaron urgentemente para que nos personásemos en una habitación de la Unidad de Agudos. Al llegar, la visión fue espeluznante: una señora de mediana edad, que acababa de ingresar hacía muy poco, había encontrado el modo de colgarse de unas tuberías que salían del techo. Rápidamente entre todos la descolgamos y procedimos a realizar masaje cardíaco y respiración asistida, pero a medida que pasaban los minutos no encontrábamos respuesta alguna. La agitación del primer momento dio paso a un silencio impregnado de una sensación de impotencia. Me embargaba el desconcierto y la incredulidad: “No puede ser. ¿Seguro que no hay nada más que hacer?” me preguntaba para mis adentros. Allí en la habitación, rodeando a la paciente, se producía una extraña comunión entre nosotros. Enfrentados a la muerte, no existían categorías profesionales; todos éramos iguales ante ella.

Recuerdo que en los días sucesivos todos intentábamos consolarnos y darnos mutuo apoyo. Tal experiencia temprana marcó de alguna forma mi quehacer profesional desde entonces. Es cierto que somos limi-

tados, pero por eso nuestra tarea es urgente: porque no viviremos eternamente. En cada gesto o actitud hacia el enfermo intentamos transmitir una ilusión de que, a pesar de los disgustos y sufrimientos, hay algo de la vida que merece la pena. Por desgracia, es algo que no se puede inyectar como una medicina, más bien es una especie de virus que se contagia en la actitud de quienes te rodean».

### Un caso difícil de olvidar

Luis Jiménez, auxiliar de psiquiatría, recuerda un caso: «En el transcurso de mi experiencia laboral, y en varias ocasiones, he tenido que vivir esta situación, pero sobre todo una fue la que más sensación de impotencia y frustración me causó. El paciente, por sus reiterados intentos de suicidio (llevaba veintitrés), se hallaba contenido mecánicamente en su habitación. Se ignora cómo y de qué manera consiguió un mechero (suponemos que para fumar) y, dada la relativa libertad de movimientos que tenía, intentó quemar la contención. Prefiero omitir el estado en que encontramos al paciente (vivo por cierto) por no herir la sensibilidad de las

personas, por lo tanto debería catalogarse como intento de suicidio, pero las personas que lo socorrimos en aquel instante sabíamos que su estado era irreversiblemente mortal.

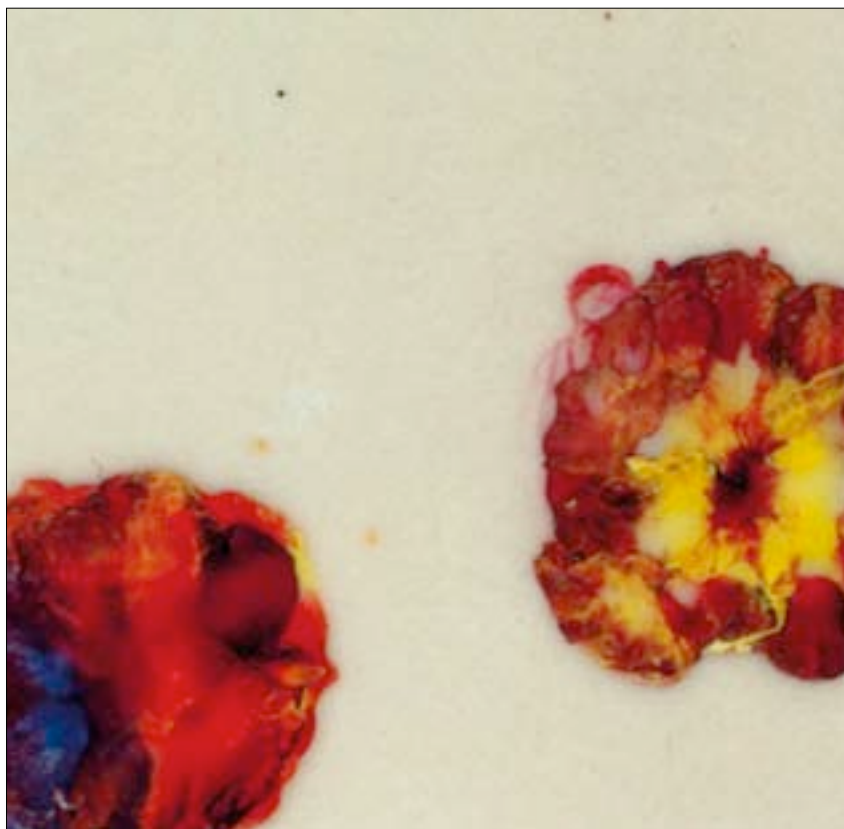
Lo que sí recuerdo de aquellos momentos es la necesidad imperiosa de cambiar aquella situación, verdaderamente dramática, sin pensar en este caso en el peligro que tú puedas correr. Fue mi primera experiencia e imborrable todavía en mi mente. Los sentimientos fueron dolor, impotencia, frustración y la duda de si podíamos haber hecho algo más.

Por momentos pensé en aquel y en los otros suicidios que he presenciado: la desesperación que debe de sentir el suicida. El pensamiento de que nada cambiará su futuro».

### En situación de alerta

Martina Gómez, nombre simulado, es una enfermera que nos relata su experiencia: «En las diferentes situaciones que he vivido no he estado presente en el momento de suceder el hecho, en algunos casos ha sido el personal auxiliar que se encontraba en aquel momento en la Unidad los que descubrieron la situación.

*Tenía la intuición de que en el mundo del dolor era donde se hallaban las verdades más profundas del ser humano, donde no cabían mentiras, donde se aprecia lo más descarnado y lo más sensible del ser humano*



En ocasiones anteriores sí que había atendido a pacientes que habían tenido tentativas fallidas, incluso en la Unidad vivimos alguna situación de intento de suicidio, no obstante, viví dos experiencias suicidas muy seguidas en el tiempo (tres meses). Los sentimientos que me produjeron ambas situaciones fueron parecidos: impotencia y frustración por el hecho y, sobre todo, sensación desde el punto de vista profesional de que algo se nos había escapado. Con el tiempo te das cuenta de que en algunos casos hubiese sido prácticamente imposible evitarlo, ya que el acto suicida por parte del paciente es un hecho muy pensado, elaborado y estudiado para llevarlo a cabo sin problemas. No obstante, pienso que no hay que subestimar las ideas autolíticas que refieren los pacientes y tratarlas como una señal de alarma importante, para que todos los profesionales que tratamos con el paciente estemos en situación de alerta máxima».

### Turbulencia afectiva

Por su parte, la psicóloga Ana Caridad Romera relata la siguiente experiencia: «Recuerdo a M. con un sentimiento agrisado aunque de forma calmada. Era una paciente que tenía trato agradable y un aire infantil, que no había asumido el duelo por ese primer objeto de amor que es la madre y tantas otras decepciones vitales por las que castigaba su dolorosa soledad con conductas autolesivas e intentos de suicidio recurrentes que marchitaban su desarrollo. El equipo de la unidad la había atendido con afecto y dedicación ya en un ingreso previo, siendo mi labor la de trabajar con ella en la terapia grupal y también en la asistencia psicológica cuando era preciso. Conseguimos estabilizarla y, por eso, cuando se fue de alta confiamos en que se mantendría por más tiempo, pero no fue así y al volver pudimos notar su pesadumbre por el reingreso. In-

tentamos realizar contención y que recuperara la esperanza, pero a penas dio tiempo a que asistiera a tres sesiones de grupo, ya que había que controlarla constantemente porque de nuevo intentaba dañarse.

Tras su suicidio, el apoyo mutuo con mis compañeros me ayudó a recomponerme de la que ha sido mi primera experiencia con un paciente suicida. Me encontraba frente a una turbulencia afectiva, mezcla de tristeza y desesperanza por la pérdida de la relación con un ser humano único y de los proyectos que se tenían. Como persona tuve que adecuarme a mi contexto vital reubicando mis propios duelos y, a nivel profesional, contar con su falta llenándome de la solidaridad que predomina cuando los buenos recuerdos que también proporcionó me motivan a seguir realizando con mayor experiencia mi labor asistencial a los pacientes que lo necesitan». ♥