Narrativas del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes en el suicidio*

Narratives of grief in mental health professional suicide survivors.

Narrativas do luto em profissionais de saúde mental sobreviventes do suicídio

Aixa Gabriela López**

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue comprender la elaboración del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes de suicidio, a través de tres profesionales dedicados a la psicología. Estos profesionales fueron así seleccionados partiendo de lo establecido por Pérez (2005), que define a los “sobrevivientes” como los allegados al fallecido por suicidio, incluyendo allí a los terapeutas. Para la recopilación de datos se utilizó como técnica la entrevista fenomenológica, lo que dio lugar al proceso de análisis de datos empleando la categorización y posterior interpretación. Este proceso derivó en cuatro categorías sobre las dificultades de los especialistas para la aproximación al duelo cuando se da en el curso de su ejercicio profesional, confluyendo en ello significantes como culpa, estigma asociado al suicidio, dificultades para aproximarse a la muerte. Estos acercamientos abren la mirada a la importancia de generar espacios seguros para los profesionales de salud mental, para explorar y elaborar un duelo ético de esta envergadura.

Palabras clave:
suicidio, duelo
por suicidio,
sobrevivientes,
postvención.

* Agradecimientos a la Universidad Arturo Michelena, mi hogar, por ser un espacio de ciencia viva. Al Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Al profesor Miguel Gallardo, por su invaluable apoyo. Al profesor Luigi Raggio por su respaldo. A mi red de apoyo, y la Asociación 0 Suicidios Venezuela, por sostenerme en la construcción de este entramado. A mis colegas MB, AB y GA por darle camino a este viaje.

** Licenciada en Psicología Mención Clínica. Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Arturo Michelena. Contacto: Prof.aixa.lopez@uam.edu.ve

RESUMO

O objetivo do estudo foi compreender a elaboração do luto em profissionais da área de saúde mental sobreviventes do suicídio, por meio de 3 profissionais dedicados à Psicologia, dois formados e em exercício na Venezuela e um na Espanha. Para isso, desenvolveu-se uma pesquisa dentro do paradigma qualitativo com uma abordagem interpretativa, através de três momentos fundamentais, com o emprego da entrevista fenomenológica como técnica de coleta de dados, para proceder à redução de dados, para sua categorização e posterior interpretação conforme estabelecido por Miles e Huberman (2000). A partir deste processo, 4 categorias de análise foram obtidas, para refletir sobre as dificuldades dos especialistas na abordagem do luto quando este ocorre durante seu exercício profissional, convergindo nisso significantes como a culpa, o estigma associado ao suicídio, as dificuldades para abordar a morte. Estas aproximações abrem a perspectiva para a importância de gerar espaços seguros para os profissionais de saúde mental, para explorar e elaborar um luto ético desta dimensão.

Palavras-chave:
suicídio, luto
por suicídio,
sobreviventes,
posvenção.

ABSTRACT

The purpose of this research is to understand the mourning process experienced among mental health professionals who have survived suicide. The study focused on three psychologists, two of which trained and practice in Venezuela and one of them who trained and practices in Spain. For the purposes of this study, we conducted our research using a qualitative paradigm and an interpretative approach, based on three fundamental stages. We used a phenomenological interview technique for data collection to then reduce, categorize and interpret the data using the Miles and Huberman (2000) method. From this process we came up with four categories of analysis for reflecting on the difficulties specialists face when dealing with grief when it occurs while practicing their profession. These included signifiers such as guilt, stigma associated with suicide and difficulties in dealing with death. These perspectives give insight into the importance of creating safe spaces for mental health professionals in order to explore and develop an ethical approach to grief.

Keywords:
suicide, suicide
grief, survivors,
postvention.

Introducción

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) como una acción producida con el propósito, tanto explícito como implícito, de quitarse la vida, tomando en cuenta no solo el acto propiamente dicho, sino toda intención, pensamiento y planificación relacionada con el deseo de morir. Asimismo, se establece que cada 40 segundos una persona se quita la vida en el mundo, lo que representa un aproximado de un millón de muertes al año. Estas mismas consideraciones estadísticas hicieron que el fenómeno del suicidio fuera tipificado en 2013 por la misma organización, en alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como un problema de salud pública. Sin embargo, no son solo las estadísticas las consideraciones que llevan a posicionar el suicidio en tal categoría.

De esta manera, la interpretación y tipificación de todos los procesos relativos al suicidio (etapas, comorbilidad clínica, aspectos sociales circundantes y repercusiones sociales, entre otros) se han convertido en el principal objeto de estudio de una ciencia conocida como “suicidología”, que en su etapa de estudio moderna ha sido identificada con los estudios de Edwin Schneidman después de la guerra. Y es el mismo autor quien establece una conceptualización más amplia a la entidad, definiendo el suicidio como: “el acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define un asunto para el cual el acto es percibido como la mejor solución” (Schneidman, 1993, párr. 3).

En ese sentido, el énfasis en la complejidad del suicidio permitiría entender que, no solo sería necesario considerar los factores inherentes a la persona que desea suicidarse —y todas las variantes que ocurren dentro del mismo proceso—, sino que también se hacía necesario analizar los factores contextuales. De esta manera, la prevención del suicidio comienza a englobar el revisar los significantes emergentes de este fenómeno, desde el reconocimiento de la ideación hasta el suicidio consumado.

En esta línea, González (2003) entiende que: “la historia del suicidio no es más que una historia de dolor, mejor dicho, una historia social de dolor” (párr. 6). Así, Pinguet, en 1984, menciona que la muerte autoinducida fue considerada una alternativa honorable y una consideración

respetable en sociedades como los celtas, vikingos y nórdicos, mientras que Pelicier (1985) menciona que, para las tribus africanas, el acto suicida era considerado como un delito contra la propia humanidad, al punto que el contacto con el cuerpo del suicida *post mortem* era maligno, y podría desatar maldiciones de los antepasados.

En las antiguas Grecia y Roma la idea de morir era tolerable y aceptable cuando el suicida era aquejado por alguna enfermedad mortal y especialmente dolorosa, y era vista como loable y venerable en los casos en que se presentaba como un acto patriótico, por fanatismo o por decreto. En la misma área, en Roma se tomaba como un valor crucial ser capaz de cuidar y gestionar su existencia, como un indicador de la capacidad de cuidar de otros (Pelicier, 1985). Esto nos permite revisar un significativo importante de la *episteme* que se abre al asomarnos a lo existencial, y se trata de las consideraciones que se puede hacer respecto de la vida y la muerte, en las cuales la existencia misma es primada por la interrelación que los individuos tienen con el entorno, poniendo como parte de las funciones el cuidar de otros, por tanto, del sistema.

La comprensión del *sistema* es un aspecto al que volveremos más adelante, porque se trata de un significativo de mucha relevancia en el plano epistemológico del suicidio. Sin embargo, si volvemos sobre los pasos de lo antropológico, visualizamos que Sarró y De la Cruz (1991) mencionan que, durante el neoplatonismo la filosofía imperante era la de la felicidad, en la cual se hacía énfasis en que el hombre no debería abandonar el lugar determinado por Dios en la historia, lo que San Agustín establecería como que la vida y sus sufrimientos eran asignados por Dios, por lo que podría entenderse como “abominable y detestable” poner fin a la vida. Asimismo, el islamismo fija como postura el rechazo absoluto al suicidio, determinando que quitarse la vida resulta un pecado de mayor gravedad que el homicidio.

No obstante, Prieto y López (1995) explican que, en el siglo XVIII, con relación a la melancolía propia del movimiento artístico de la era, se estableció lo que luego se definiría como una “epidemia de suicidios”, específicamente a partir de la publicación de la obra Werther, donde el protagonista presentaba una postura “romántica” del suicidio, dando origen al término “efecto Werther”, establecido por el sociólogo David Phillips en 1974.

En esa línea, el término referiría a la conducta mimética que se da tras la sobreexposición a la información concerniente al suicidio de una persona famosa o de un personaje público, desencadenando en la imitación, lo que lleva a concluir que, entre el caleidoscopio de variables y aspectos que se consideran en el suicidio, se debe sumar el meditar sobre la resonancia que tiene el mismo en el medio donde la persona con ideación, planificación o intención suicida se desenvuelve (Álvarez, 2012).

Relativo a esto, una de las principales consecuencias tipificadas del suicidio, es el duelo, definido como un proceso de aflicción relacionado con la pérdida o muerte de un ser querido, y que se ve representado en síntomas similares a la depresión. De esta manera, se trata de una entidad psicológica compleja, en la que influyen factores como las razones que dieron muerte al ser querido, el tipo de vínculo con la persona y las repercusiones socioafectivas de la muerte (Munera-Ramos, 2013).

En este sentido, Montoya (como se citó en Munera-Ramos, 2013) explica que: “Ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es total: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros)” (p. 70) lo que nos permite bosquejar el complejo entramado de significados que el duelo, como pérdida y como muerte, representa para las personas.

Ahora, Neimeyer (2002) explica que, aunque las personas parecen compartir reacciones, sentimientos y procesos de curación, dependerá de cada individuo, de su manera de afrontar la adversidad y de la naturaleza de la relación que mantenía con la persona el cómo se dará el proceso. Por ello, hablar de etapas de duelo podría conducirnos a un error si no tomamos antes en consideración las representaciones que la muerte trae para la vida según los factores que convergen en ella.

Partiendo de esta idea acerca del duelo por fallecimiento, luce importante detenerse a considerar las circunstancias aledañas. En este punto, es importante establecer una clarificación terminológica, y es que el término “sobreviviente”, empleado en la suicidiología, engloba específicamente a todos aquellos miembros del sistema relacional del individuo *que le sobreviven* a la persona que cometió suicidio. En efec-

to, Pérez (2005), durante su trabajo como fundador de la sección de suicidiología para la Asociación Mundial de Psiquiatría, menciona que los sobrevivientes al suicidio son también: “familiares, amigos, compañeros e incluso el médico psiquiatra u otro terapeuta que lo asistía” (p.18)

Se hace necesario traer a colación entonces lo establecido por Worden (2013), quien se enfoca precisamente en hablar la elaboración del duelo en muertes dadas por condiciones consideradas inhabituales, entre las que menciona las pérdidas por aborto, muertes perinatales, pérdidas por enfermedades estigmatizantes y el suicidio. En esta misma línea menciona que: “el suicidio es la crisis de duelo más difícil que ha de afrontar y resolver cualquier familia” (p. 35), idea que invita a cuestionarnos qué significantes convergen en el suicidio y para los sobrevivientes, haciéndolo especialmente complejo de elaborar.

Al respecto, Young et al. (2012) explican que los sobrevivientes de suicidio enfrentan retos diferentes respecto de las personas que elaboran el duelo por otro tipo de muertes. Culpa abrumadora, confusión, rechazo, vergüenza e ira son especialmente prominentes durante el proceso, así como el estigma y la necesidad de conseguir un sentido a la experiencia. Por tanto, quienes sobreviven a la persona que se quita la vida refieren preguntas constantes sobre su propia implicación como familiar, amigo o terapeuta.

Por otro lado, Cerel et al. (citado en Young et al., 2013) explican que otros de los significantes presentes son el sentimiento de rechazo, al percibir que su ser querido parece haber elegido dejarlos sobre la opción de continuar por ellos, lo que puede conectar con el tipo de lazo afectivo que tenían y el cómo éste pareció no ser “suficiente” para mantenerlos con vida. Este sentimiento puede combinarse con la ira, un significativo habitual del duelo, y especialmente preponderante cuando de duelo por suicidio se trata. En esta línea, Young et. al (2012) explican que la ira puede darse hacia la misma persona que se quita la vida, hacia el sobreviviente mismo o a otros miembros de la familia, e incluso a Dios.

Ahora bien, si existe un significativo especialmente complejo en la elaboración del duelo por suicidio es el estigma. Sudak, Maxim y Carpenter (2008) introducen que, a diferencia de otras formas de morir, el

suicidio por sí mismo es estigmatizado, aun y a pesar de los intentos recientes por naturalizar la salud mental y variables asociadas al malestar psicológico. En este sentido, muchos sobrevivientes encuentran especialmente difícil hablar acerca de su pérdida, puesto que se muestran incómodas ante la idea de hablar de suicidio.

Los autores explican que, cuando se trata de afrontar y elaborar duelos, uno de los recursos a menudo consultados son los sistemas de creencias religiosas. No obstante, un reto importante para los sobrevivientes en proceso de elaboración es el encuentro con creencias religiosas que imponen interpretaciones culpabilizantes y asociadas a vergüenza, tanto en el fallecido como en los sobrevivientes. Es importante mencionar que este desafío no solo se ve relacionado con el acercamiento a la religión; acercamientos de orden logístico, como el manejo de aspectos legales y los relacionados con las políticas de pólizas de seguro, también forman parte de los complejos escenarios en los que los sobrevivientes se ven en la necesidad de interactuar.

Aunque estos factores se transforman en diferenciales de la experiencia de duelo, Aranda (2017) menciona que la creencia frecuente sería que estas diferencias en la experiencia harían del duelo en los sobrevivientes una entidad clínica compleja, incluso pudiendo darse el diagnóstico de duelo complicado en los sobrevivientes por el hecho de serlos, así como una tasa más elevada de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Sin embargo, Tal et al. (2016) realizaron un estudio con familiares en duelo complicado, por fallecimiento por suicidio, homicidio y accidentes de tráfico. Los resultados de este estudio mostraron que no existían diferencias en la prevalencia del duelo, en sus manifestaciones psicopatológicas y/o comorbilidad con otras clínicas en el caso de los sobrevivientes a suicidio. Respecto de este estudio, es necesario señalar que la muestra fue determinada en los sobrevivientes de la red de apoyo más próxima de los fallecidos, por lo que no podría generalizarse esta idea hacia los sobrevivientes en la red de apoyo formal, que son los psicólogos y/o psiquiatras.

A partir de esto y entrando en materia de los profesionales de salud mental, Munera-Ramos (2013) establece: “podemos afirmar que el suicidio de un paciente es una experiencia realmente impactante para

estos profesionales que han invertido su interés, esfuerzo personal, tiempo, energía e implicación emocional en él” (p. 99). No obstante, la literatura enfocada en la comprensión de los procesos de duelo en los sobrevivientes, especialmente en el personal de salud mental, resulta escasa, así como en los protocolos de evaluación y atención a este fenómeno profesional (Munera-Ramos, 2013).

Objetivos de la investigación

Para la estructuración de esta investigación se estableció un propósito general junto a tres directrices, cuyo diseño fue orientado a responder la siguiente interrogante de investigación:

¿Cómo se desenvuelve el proceso de elaboración del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes en el suicidio?

Así, el propósito de la investigación fue comprender el proceso de duelo de los profesionales de salud mental que integran la red de sobrevivientes de una persona fallecida por suicidio, específicamente en el curso de un trabajo terapéutico con ellos. Para esto, se establecieron como directrices el descubrir las vivencias del duelo, dilucidar la elaboración del duelo y, finalmente interpretar la conceptualización del duelo en profesionales de salud mental sobrevivientes en el suicidio.

Método

Este acercamiento investigativo fue realizado bajo el paradigma cualitativo, con un enfoque interpretativo realizado en tres momentos fundamentales, tomados a partir de la modalidad de investigación de estudio fenomenológico y adaptados específicamente a las directrices planteadas para la aproximación en este fenómeno.

En este sentido, como técnica de recolección de datos se empleó la entrevista fenomenológica que, en el campo investigativo psicológico y psicoterapéutico, es entendida como un ejercicio de comprensión de las vivencias y experiencias de las personas respecto de las situaciones de sus vidas. De esta manera, se enfoca en captar y comprender los significados vividos de cada persona según la experiencia de vida (Moreno, 2014). Por tanto, la entrevista fenomenológica, en el campo de la psicología, permite “comprender los fenómenos sociales y psico-

lógicos desde la perspectiva de las personas involucradas” (Welman y Kruger, citado en Moreno, 2014).

A continuación de la recopilación de información, se procedió a realizar un proceso de análisis de los datos que diera lugar a facilitar la interpretación y reflexión de los significantes. A partir de allí, se realizó un trabajo de contrastación de dichas unidades con la revisión bibliográfica, para la comprensión de grandes categorías temáticas entendidas como significantes del proceso de duelo, tomando en cuenta lo establecido por Huberman y Miles (2000), quienes mencionan que, para el desarrollo de la investigación, es necesario tomar en cuenta tres pasos fundamentales, entre los que establecen la reducción de datos, la presentación de los mismos y finalmente el desarrollo de conclusiones y/o la verificación de las mismas. Este procedimiento apuntará a un pasaje desde lo descriptivo y concreto a lo explicativo y abstracto.

Asimismo, los autores señalan que la obtención de significados puede darse desde el seguimiento de algunos pasos, entre los que destacan el señalar patrones y temas, la determinación de un juicio intuitivo, la creación de metáforas para agrupar los datos, la elaboración de contrastes y comparaciones, y la inclusión de particularidades dentro de lo general, por mencionar algunas (Huberman y Miles, 2000).

Participantes

En el caso de esta investigación, la entrevista fenomenológica fue construida junto a tres profesionales de psicología, a quienes nos referiremos en los sucesivos como MB, GA y AB. Para la selección de este *corpus* se tomó en cuenta que fueran psicólogos de profesión, ejerciendo la psicoterapia indistintamente del enfoque, en cuya práctica tuviera lugar de muerte de uno de sus pacientes por suicidio. En este sentido, MB es psicólogo de nacionalidad, estudios y práctica privada en dicho país, con 27 años. Asimismo, GA de nacionalidad, estudio y práctica en Venezuela, de 29 años. Por último, se incluye en el *corpus* a AB, psicólogo de nacionalidad, estudios y práctica en España, de 35 años.

Análisis de resultados

A partir del análisis de los datos, fueron determinadas cuatro grandes categorías que representan los principales significantes extraídos a

partir de la aproximación a los informantes clave. A continuación, se desglosan las categorías determinadas:

Comprensión sobre la muerte

A partir de la categoría de comprensión de la muerte se realiza un acercamiento a las ideas y experiencias emocionales asociadas al proceso de muerte, tanto de forma general como específicamente relacionado con su práctica clínica. Los tres informantes coinciden en manifestar que no han experimentado durante su trabajo la pérdida de ningún paciente por alguna causa de muerte ajena al suicidio. Asimismo, mencionan que el trabajo con la muerte (acompañamiento y elaboración de duelos) es particularmente diferente a cuando se trata de trabajar con la muerte en el contexto de suicidio, lo que permite vislumbrar la distinción entre trabajar con la muerte y trabajar con el suicidio. Aun cuando el suicidio es una causa de muerte, incluso entendida como una de las más frecuentes a nivel estadístico por una de las informantes, no parece ser entendida de la misma forma. En este punto en particular se abre un tejido relevante para la convivencia con este fenómeno, y es que la muerte tiene en sí un velo de *inevitabilidad*, mientras que el suicidio parece estar más cercano a lo *evitable*, especialmente desde una trinchera profesional. Este paralelismo será motivo de análisis en la categoría de elaboraciones en torno al duelo.

Por otra parte, la muerte es identificada como un proceso o parte de uno, lo que a su vez lo identifica como un significativo trabajado de manera personal y/o profesional en el pasado, en la búsqueda de construir herramientas, no obstante el suicidio constituye una parte de la muerte sobre la que no parece existir esta misma conciencia previa. Es importante señalar que, al hablar de este significativo, lo hacen desde la experiencia profesional, refiriéndose a los procesos asociados a la muerte que han acompañado en el pasado, mientras que respecto del suicidio hablan desde sus propias vivencias y experiencias conviviendo con el fenómeno dentro de consulta.

Construcciones en torno al suicidio

Esta categoría propone recopilar todo lo asociado a las experiencias profesionales con suicidio de los informantes clave. Es necesario acotar, que mientras que dos de los informantes clave, AB y GA, refieren

convivir con este fenómeno principalmente desde el trabajo en el caso donde su paciente falleció por suicidio, MB refiere un trabajo constante con otras presentaciones asociadas al fenómeno, tales como la ideación e inclusión de la intención suicida sin planificación organizada.

Los informantes refieren al suicidio en un primer lugar en términos estadísticos, tanto en su trabajo profesional (MB) como en las estadísticas actuales del suicidio en su comunidad (AB). En este sentido, una de las unidades temáticas que comparten en común es el desconocimiento sobre el trabajo asociado con este tema, especialmente relacionado con el abordaje posterior al fallecimiento por suicidio, en la propia vivencia del terapeuta.

Otro aspecto central de las ideas sobre el suicidio es la comprensión del estigma como una fuente de datos significativa para ellos en su trabajo. Si bien no refieren que el estigma pudiera ser un punto clave de la experiencia subjetiva de sus pacientes, sí lo encuentran como un significativo central dentro de su propia experiencia, al que asocian el desconocimiento sobre la materia, las dificultades para aproximarse al tratamiento de estos motivos de consulta o presentaciones anexas, e incluso con la propia dificultad para encontrar espacios seguros para validar esta experiencia personal y profesional.

Por otra parte, sentimientos de miedo, reproche y culpa son parte de las identificaciones propias de las experiencias. Si bien, estas tres entidades de la experiencia subjetiva podrían fácilmente entenderse como una parte del duelo, es importante señalarlas en esta categoría en particular, pues a través de sus propios relatos, la asociación directamente con el suicidio. De esta manera, realizan una importante distinción experiencial entre sentir culpa, miedo o reprocharse por diferentes situaciones, y hacerlo porque esto está implicado dentro del suicidio. Aquí vale la pena traer a colación lo establecido por Young et al. (2012) sobre la culpa abrumadora característica de la idea de lo *evitable del suicidio*. Esta última idea, asociada al suicidio, tendrá una relación bastante estrecha con las ideas sobre el rol profesional, que desglosaré más adelante.

Elaboraciones en torno al duelo

Esta categoría de los datos tiene lo que llamaremos “dos caras” dentro de un mismo rol profesional. Para abrir el espacio para esta com-

preensión es necesario iniciar diciendo que estas dos rectas paralelas, que pueden verse, pero no encontrarse, no son una distinción entre la experiencia del *psicólogo-persona*, sino algo mucho más interno. Estas dos bifurcaciones son esencialmente orientadas en lo que *el duelo* significa desde el profesional. Por una parte, y de acuerdo con la subjetividad de los informantes, cuando el duelo es la entidad clínica que se presenta como motivo de consulta en el paciente, resulta más sencillo de aproximarse a él. No restan la complejidad del trabajo con *la muerte*, pero sí parecen sentirse más inclinados a saber cómo responder cuando se trata de trabajar el duelo desde una posición asimétrica y por ende desde una postura clínica.

No obstante, diríamos entonces, el duelo que el especialista puede atravesar en el curso de su ejercicio profesional como uno de los riesgos posibles dentro del trabajo, es visto de una forma distante, confusa, incluso como un significante sin significado. De esta manera, hay una aproximación a entender que el mismo profesional que ante el duelo en la vivencia de otro puede accionar, se encuentra impedido para visualizar o construir significados iguales cuando el duelo es más bien propio, pero en el curso del rol profesional. Esto, de manera riesgosa, podría hipotizarse como el encuentro entre *ser* y *soy* (ser humano-soy psicólogo), que se da cuando la pérdida del paciente los allega a sus significados personales.

Relativo al duelo, se permiten encontrarse incluso con ideas que antes habían vislumbrado sobre la muerte y su relación como significantes esencialmente de trabajo. En el caso particular de AB, refiere que el duelo resulta uno de los aspectos de trabajo en consulta más complejos para aproximarse, a partir de las propias dificultades para el trabajo con la muerte y todos los fenómenos interrelacionados. Esta interpretación del proceso permite visualizar un importante y hasta ese momento invisible tejido entre *muerte-duelo* y *suicidio*, en el que no termina de quedarnos claro cuál es el lugar que el suicidio ocupa en la red tejida, pero, sobre todo, en qué lugar se posiciona el terapeuta cuando el duelo es propio y esencialmente desconocido por su prevalencia estadísticamente menor (por tratarse de duelo por suicidio).

Una unidad temática importante de esta categoría resulta el duelo por suicidio, en el que parece tejerse una red que quizás esté por encima de estas propias vivencias, y es el estigma de las muertes por

suicidio. De acuerdo con Sudak et al. (2008), la muerte ocasionada por suicidio sigue estando rodeada de un velo de tabú, por las implicaciones que tiene con lo desconocido y así con lo *inevitable* del proceso. No obstante, y si nos encontramos más arriba con las ideas asociadas a la muerte, la misma es entendida como inevitable, mientras que el suicidio es definido como prevenible, lo cual podría entenderse como sinónimo de *evitable*, especialmente en el contexto profesional. Este entretejido, a menudo binomial sobre lo *evitable-inevitable*, probablemente hace aún más complejas las explicaciones respecto del por qué alguien se quita la vida, esencialmente para quienes hicieron labores terapéuticas con la persona.

En esta línea, y siendo característico en las tres presentaciones, los informantes se esfuerzan por elaborar para sí mismos explicaciones que resulten concordantes con los datos sobre el caso, recurriendo con frecuencia a las preguntas hechas a sí mismos, así como la remembranza de los procedimientos seguidos en las sesiones previas y, en especial, en aquellas en las que pudo presentarse por primera vez la ideación suicida. Esta búsqueda de respuesta y construcción de explicaciones es coherente con el estado de ánimo de los informantes, específicamente en el caso de AB y GA, quienes refieren un mayor tiempo entre la ocurrencia de la muerte de su paciente y la realización del encuentro. No así cuando se trata de MB, para quien construir estas explicaciones es más una aproximación a la culpa y el reproche, dos significantes que tejimos en la categoría pasada.

Esto último permite abrir la ventana al cuestionamiento sobre la culpa en cuanto al duelo se refiere, y a enlazarlo con otros significados como la complejidad. La experiencia de culpa, de acuerdo con Young et al. (2012), es característica del duelo por suicidio, pues da espacio para las conjeturas en el sobreviviente, sobre los pasos dados o no dados con relación a la persona que se ha suicidado, así como al análisis del vínculo, el establecimiento de familiaridad y la búsqueda de explicaciones que puedan responder las otras preguntas que dependerían realmente del fallecido.

No obstante, la culpa como unidad temática, como significante y como experiencia subjetiva en los terapeutas sobrevivientes a suicidio, podría enlazarse con otros significantes que le darían un nuevo significado. Si otros sobrevivientes se encuentran en la búsqueda de

respuestas, ¿el profesional debería ser un espacio para ellas? Allí se hace un alto para vislumbrar un aspecto clave del duelo por suicidio en profesionales de salud mental, y es la culpa no solo por lo ideado como prevenible, o incluso por la sensación de deber sobre el prevenir, sino por la dificultad para construir para sí mismos explicaciones coherentes sobre el evento.

Percepciones sobre el rol profesional

Hasta el momento, echar la mirada con especial cuidado sobre las diferencias culturales presentes entre los informantes no había resultado necesario. Sin embargo y de acuerdo con esta categoría de análisis de los datos, es importante recalcar que uno de nuestros informantes — AB— es de nacionalidad, formación y ejercicio español. No obstante, este punto no impedirá que sus propios significados se entrecrucen con los aportados por los otros dos informantes, quienes comparten origen, cultura y ambiente formativo. En esta categoría, me propuse reunir las unidades temáticas que dieron forma a las ideas que los informantes tenían sobre cuáles eran sus tareas y cuáles debieron ser sus respuestas en el trabajo previo y posterior al suicidio. Aquí, además, se visibilizan algunas de las funciones culturalmente asignadas al psicólogo, que aún continúan trazando líneas invisibles de separación entre el rol del profesional y cualesquiera que sean sus otros roles.

En esta línea, AB da un punto de partida muy importante para esta escisión profesional, al reconocer que, durante el proceso de pérdida de su paciente, el cuestionamiento sobre el lugar que el duelo debería o no ocupar en el proceso fue una de sus primeras preguntas. “Como si ser psicólogo te generase una especie de coraza respecto a esto”, son algunos de sus significados en torno a esta experiencia. Asimismo, y mucho antes de entrar en materia del duelo, ya había referenciado la importancia de la postura asimétrica, que separa al psicólogo del paciente según los criterios de trabajo.

Esta última separación es la que, junto con la neutralidad ante los casos, el cuidado de la confidencialidad y la aproximación ética objetiva, forma parte de las unidades temáticas que los tres informantes traen al espacio cuando de identificarse como psicólogos se trata. Entender que comprenden ellos por “ser psicólogo”, especialmente por acompañar a pacientes en consulta, es una forma poderosa de saber con

qué datos, recursos o significantes podrían acercarse más adelante a dilemas éticos, como la presentación de la muerte en consulta. Aquí me resulta importante traer al tejido cómo los tres informantes coinciden en hablar de la escasez de espacios, estudios o protocolos que estén especialmente determinados para mostrarle al terapeuta la ruta a seguir en el caso del suicidio de un paciente. En palabras de GA: “Te dicen qué hacer para que no se mate, pero luego que lo hace, ¿quién te dice qué haces tú con tu trabajo? Ni siquiera te dicen que hacer, con, por ejemplo, los diarios de campo de las sesiones, no estás muy seguro siquiera de la responsabilidad legal”.

En este sentido, y continuando con lo expresado por GA, parece ser más comprensible llevar el proceso de trabajo e identificar cuál es la postura y el rol autopercebido del psicólogo en el trabajo con el paciente, precisamente por la presencia de protocolos para ello. Mientras que la ausencia de directrices claras respecto de las funciones del rol del psicólogo en un escenario posible, pero a menudo descartado, parece ser la fuente de las dificultades para identificarse dentro del duelo (tal como se visualiza en la categoría anterior).

Asimismo, el duelo como entidad clínica está asociado con experiencias de pérdidas y sobre todo con respuestas de tenor emocional, ya que, en palabras de GA, “lo emocional hace más difícil el proceso, porque lo que sabemos de ser psicólogo a menudo no involucra lo que sentimos, eso es personal”. De esta forma, si el contenido emocional parece separarse de las percepciones asociadas al rol, y lo emocional es el hilo de tejido del duelo, podría entenderse que el propio rol profesional se sobrepone sobre el acercamiento a estas experiencias relacionadas a la pérdida, dejando al terapeuta desprovisto de herramientas para tejer estos significantes en conjunto. Así pues, *ser psicólogo* y *ser doliente* parece un paralelismo sin un espacio certero para encontrarse.

Ahora bien, revisando el tejido entre el rol y el duelo, es inevitable toparnos con otro significativo que nos muestra una mirada posterior al suicidio, y se trata de la deconstrucción de las ideas asociadas al rol. En palabras de MB, “siento que volví a salir del noveno semestre”, haciendo alusión a las primeras prácticas profesionales en acompañamiento psicológico para los profesionales en Venezuela. La “deconstrucción”, un término a menudo asociado con Derrida, se trata

de un intento de reorganización del pensamiento occidental, en el que en muchos casos hay espacios muy marcados de contradicciones y desigualdades, que dan lugar a grietas que visibilizan precisamente estos binomios paradójicos (Borges, 2013). De esta forma, nos encontramos con que el duelo, consciente o no de parte de los profesionales, hace las funciones de readaptación, pero sobre todo de reconfiguración de las percepciones asociadas, abriendo grietas para dejar ver las paradojas, pero sobre todo para asimilar la experiencia de pérdida como un antes y un después en su propia manera de acercarse a sus pacientes.

Reflexiones finales

Gracias al acercamiento orientado a descubrir, dilucidar e interpretar, realizado con profesionales de salud mental sobrevivientes en suicidio, se pudo dar con cuatro categorías generales para agrupar, reducir y tejer la red de significantes que dan lugar a sus propias vivencias como eje protagónico del duelo. Uno de los principales retos fue lograr posicionar a los informantes desde el centro del fenómeno, partiendo del hecho de que la idea de esta investigación siempre fue conocer sus vivencias y su realidad.

No obstante, al tratarse del suicidio, en varias oportunidades los informantes posicionaron en un lugar de relevancia la historia de sus pacientes, tanto aquellos en curso conviviendo con el fenómeno, como aquel caso que los introdujo en el duelo por suicidio. Esta dificultad para integrar o separar —vale cuestionarse cuál de los dos mecanismos era el necesario— lo propio del rol con lo esperado del rol, fue probablemente uno de los ejes temáticos más enriquecedores, pero a su vez uno de los principales retos para acercarnos a AB, MB y GA, lo que trae a colación lo establecido por Munera-Ramos (2013), quien menciona que la muerte de un paciente por suicidio es una de las experiencias más impactantes y complejas de procesar para quienes han trabajado con él.

Vale acotar que este desafío no sería el único de esta investigación. Así, la muerte como signifiante, que parecía claramente estrecha al fenómeno inicial del suicidio, se vislumbraría como uno de los más complejos para identificar, para ser significado desde su experiencia. En este sentido, el tejido en torno a la muerte pareció bordear otras

raíces, entre ellas la del suicidio, aun cuando este último significante representa entre otras cosas, un modo de muerte.

Estas rutas paralelas entre los fenómenos abren la puerta para dos ideas; primero, que el suicidio en su complejidad no es un fenómeno fácilmente reducible a la muerte, pues en él convergen una variedad de significantes, ideas y por ende significados que permiten incluso hacer distinciones entre la “la muerte y el darse muerte” (MB). En segundo lugar, que quizás una separación entre la muerte y el suicidio pone también sobre la mesa la idea de lo *inevitable-avoidable*. Esta última relacional binomial puede y debería ser objeto de estudio en el futuro, para acercarnos a entender mejor cómo es que las raíces pueden verse, pero interpretativamente parecen no tocarse cuando hablamos del suicidio y de la muerte.

Ahora bien, en este entramado, es imperativo hablar del duelo y de cuál vendría a ser su lugar en este espacio de construcción. Esta presentación nos coloca entonces ante la tríada muerte-suicidio-duelo, una ruta que no resulta ni lineal ni mucho menos predecible, sino más bien interactiva y dinámica, en la que el terapeuta puede encontrarse en el centro, aun cuando se esfuerza por posicionarse desde afuera para contemplarlo. En este sentido, el duelo es una entidad clínica conocida para todo psicólogo que trabaja el acompañamiento, los informantes incluidos; sin embargo, esta familiaridad con el fenómeno parece ser solamente aplicable al quehacer clínico cuando el psicólogo está llamado a *hacer algo*. No pasa lo mismo cuando el duelo, aunque consecuencia natural del ejercicio profesional, por la muerte de un paciente, lleva al terapeuta al *ser algo*, donde la idea de *ser doliente* entra en el panorama.

En relación con esta idea, otro binomio interesante de los datos, y que considero también podría ser objeto de estudio, es el que he definido como el de *ser* y *soy*. En esta unidad temática me propuse reunir este encuentro contrastante que los informantes realizan, entre aquello que asocian como propio de *ser humano*, con diferencia a aquello que asociación con *soy psicólogo*. Estas percepciones, construidas y edificadas a partir del quehacer profesional, se encuentran medidas por los mismos espacios, teorías y protocolos que han amparado a la profesión para enseñarnos como responder. No obstante, en ausencia de estos mismos espacios para hablar del duelo profesional por el fa-

llecimiento de un paciente, especialmente por suicidio, los psicólogos parecen encontrarse desprovistos de hilo y aguja para tejer sus propias redes de significados que les permitan identificarse con el fenómeno, pero, aún más, que puedan sostenerlos como red de apoyo.

Relativo a la red de apoyo, los tres informantes coinciden en señalar una sensación de inaccesibilidad a espacios específicamente diseñados para este sostén, como grupos de apoyo, áreas terapéuticas especialmente para psicólogos con esas vivencias o, incluso, una bibliografía amplia sobre las propias realidades de este proceso. Esta observación también se transforma en un punto de reflexión investigativa que puede servir de inspiración, tanto para mí como para otros investigadores.

A modo de reflexión, como investigador y como psicólogo, este acercamiento a mis colegas ha servido de punto de partida para habilitar la mirada hacia diversas unidades temáticas, que sin duda recuerdan lo fundamental de trabajar con el suicidio, y esto es la complejidad propia del fenómeno y todas sus interrelaciones, tratándose entonces de un entramado discursivo que cuenta la historia social, profesional y sobre todo personal de quienes han convivido con él, lo que a su vez nos llama a observar detenidamente la significancia política de estas historias, reconociendo que lo construido por otros siempre hace parte de lo que construimos y vivimos.

Si algún día no estoy, cuenten mi historia a quien lo necesite.

Referencias

- Álvarez, S. (2012). Efecto Werther: Una propuesta de intervención en la facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV/EHU). *Revista Norte de Salud Mental*, 10 (42). 48-55.
- Aranda, L. (2017). *Duelo ante muerte por suicidio: Una revisión bibliográfica*. (Tesis doctoral). Universidad de Jaén. Archivo Digital.
- González, R. (2003). *Historia del Suicidio en Occidente*. Editorial Península.
- Borges de Meneses, R. D. (2013). La deconstrucción en Jacques Derrida: Qué es y qué no es como estrategia. *Universitas Philosophica*, 30(60).

- Chávez-Hernández, A. & Leenars, A. (2010). Edwin S. Schneidman y la Suicidiología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360.
- Huberman, A. y Miles, M. (2000). Método para el Manejo y Análisis de Datos. En C. Denman y J. Haro, *Por los Rincones: Antología de Métodos Cualitativos en la Investigación Social* (pp. 253-301). El Colegio de Sonora.
- Moreno López, S. (2014). La entrevista Fenomenológica: Una Propuesta para la Investigación en Psicología y Psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 11(1), 71-76.
- Munera-Ramos, P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso en familiares y profesionales de salud mental* (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Archivo Digital.
- Neimeyer, R. (2002). *Aprender la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Editorial Paidós.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2011). *Plan Nacional de prevención del suicidio: Un compromiso con la vida*. Recuperado de <http://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencias-EstrategiasPrevencion-del-Suicidio-en-ASSE-10652>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2013). Suicidio: Hechos y Datos. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1
- Pelicier, Y. (1985). En torno a la historia del suicidio. *Psicopatología*.
- Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(3), 386-394.
- Pinguet, M. (1984). *La muerte voluntaria en Japón*. Editora Adriana Hidalgo.
- Prieto, M. y López J. M. (1995). *Las penalidades del joven Goethe (Werter)* (Seminario). Unidad de Docencia y Psicoterapia, Hospital Virgen de las Nieves.
- Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). *Los Suicidios*. Editorial Martínez Roca.
- Schneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Editorial Jason Aronson
- Sudak, H., Maxim, K. & Carpenter, M. (2008). Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. *Acad. Psychiatry*, 32, 136-142.

- Tal, I., Mauro, C., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Simon, N. & Lebowitz, B. (2016). *Complicated grief after suicide bereavement and other causes of death*.
- Worden, J. (2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. (Traducción de Genis Sánchez). Editorial Paidós.
- 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(2), 177-186.