



¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

Elsa Gómez Ruiz, Telva Carceller Meseguer, Javier Sastre Yañez. Marcos Gómez Revuelta, Luisa San Emeterio Echevarría, Ana Isabel de Santiago Díaz

elsa.gomez@scsalud.es

conducta suicida, suicidio, ocupación, terapia ocupacional, intervención, terapia grupal

RESUMEN

Las personas que han incurrido en conductas suicidas presentan restricciones significativas en sus ocupaciones cotidianas de la vida diaria. Los desequilibrios entre la habilidad de cuidar de sí mismo (actividades de automantenimiento), la contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio) parecen influir significativamente a la hora de quitarse la vida.

El trabajo del terapeuta ocupacional dentro del Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS) que se lleva a cabo en Cantabria en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, se establece con sesiones individuales y grupales dirigidas a la evaluación exhaustiva e intervención para la mejora de la independencia, desempeño de niveles de salud y autonomía en el desarrollo de la ocupación. Como miembro del equipo multidisciplinar, en pacientes que han incurrido en conductas suicidas, los terapeutas ocupacionales dirigen las intervenciones a recuperar el equilibrio ocupacional, el sentido de vida, fortalecer su autoestima y poner sus fortalezas y capacidades en función para que, a través de la gratificación inmediata, puedan experimentar sentido de logro y satisfacción personal.

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

Además, dentro del grupo terapéutico en el Programa CARS, el terapeuta ocupacional, junto con otros profesionales de la salud, propicia el desarrollo de destrezas adaptativas saludables ligadas a la capacidad de manejar estrés y ansiedad, a la resolución de conflictos, al manejo del tiempo y ocio y a la comunicación asertiva, entre otras habilidades importantes para la vida cotidiana.

TRABAJO

Uno de los problemas más relevantes a nivel mundial en lo referido a salud mental es el suicidio y su prevención, lo que supone una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (1) y los sistemas de salud nacionales como el español.

Más de un millón de personas se suicidan al año en todo el mundo, por lo que el suicidio constituye uno de los problemas más importantes de salud pública mundial (2). El suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en los jóvenes (15-19 años) en todo el mundo. En España, el suicidio supone la primera causa de muerte no natural, casi triplicando al número de muertos por accidente de tráfico. No obstante, las cifras podrían ser incluso más elevadas, ya que es sobradamente conocida la tendencia a la subnotificación en la mayoría de los países incluida España, debido a la existencia de una gran dificultad para la cuantificación de los datos reales de suicidio, existiendo claras discrepancias entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal, sin que ninguna de las dos fuentes pueda considerarse como la más fiable (3).

Por otro parte, el comportamiento suicida es complejo, para lo cual no existe una sola causa ni razón. Resulta de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. Algunos de estos factores son, por ejemplo: abuso sexual o físico, historial familiar de violencia, divorcio o separación, problemas académicos o financieros, pérdida de trabajo, crisis y trastornos emocionales, uso y abuso de sustancias, entre otros.

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

Resultados de estudios de autopsia psicológica indican que alrededor del 90% de los pacientes que completaron el suicidio podrían ser diagnosticados de un trastorno psiquiátrico potencialmente susceptible de intervención y tratamiento (4).

Dado que el suicidio supone una necesidad acuciante y que es un fenómeno complejo susceptible de ser tratado, el abordaje integral debería ser una prioridad en la que diferentes profesionales de múltiples disciplinas trabajasen de forma conjunta y coordinada.

En Cantabria, el Programa de Alta Resolución para el Manejo de la Conducta Suicida y Prevención del Suicidio (CARS) lleva funcionando desde hace más de cinco años con excelentes resultados. En el programa CARS se acoge y atiende de forma intensiva e integral a la persona con riesgo de suicidio cuando el tiempo es crucial, para así evitar la muerte, el sufrimiento asociado a la ideación suicida y la recurrencia de las tentativas, facilitando que la persona pueda recuperarse y retomar las riendas de una vida autónoma. Esta labor asistencial se lleva a cabo en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) por un equipo de diferentes profesionales del Servicio de Psiquiatría: Psiquiatras, Psicóloga Clínica, Terapeuta Ocupacional y Enfermero Psiquiátrico.

El objetivo de este trabajo es explicar el rol del terapeuta ocupacional dentro de un programa de manejo y prevención de la conducta suicida, el programa CARS.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la Terapia Ocupacional como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de su vida diaria, para ello se habilita al individuo para realizar las tareas que mejoran su capacidad o se modifica su entorno para que éste refuerce su participación (5).

Es una disciplina socio-sanitaria que, a través del uso de actividades propositivas, busca conseguir la máxima funcionalidad, autonomía y calidad de vida en aquellas personas que presentan y/o tienen riesgo de sufrir alguna limitación o grado de dependencia durante la realización de sus actividades de la vida diaria, trabajo, ocio y participación social.

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

Las personas que presentan problemas de salud mental ven mermada su autonomía personal para desempeñar actividades, roles individuales y sociales propios de sus períodos evolutivos y, por tanto, esperables en el repertorio de su comportamiento. Actividades que les permiten cubrir sus necesidades y desarrollar al máximo sus habilidades y potencialidades, y que les permiten alcanzar una vida digna con calidad acorde al nivel de desarrollo económico, tecnológico y social propio de su entorno.

Existe evidencia respecto al potencial de la ocupación sobre el bienestar físico, mental y social de la persona (6). Ocupación es el término que usamos los terapeutas ocupacionales para describir el conjunto de actividades que la gente realiza en su vida diaria. La ocupación es la actividad principal del ser humano a través de la cual la persona controla y equilibra su vida (factor protector para la salud). La ocupación se define, valora, organiza y adquiere significado individualmente dependiendo de las aspiraciones, de las necesidades y entornos de dicha persona. Los individuos deben mantener un equilibrio entre la habilidad de cuidar de ellos mismos (actividades de autocuidado), su contribución al entorno social y económico (actividades productivas) y la satisfacción y disfrute de la vida (actividades de ocio). Mediante la ocupación expresamos quienes somos, ante los demás y ante nosotros mismos. El desarrollo de Ocupaciones significativas y con propósito está directamente relacionado con un estado óptimo de Salud.

Los trastornos mentales tienen una repercusión en el comportamiento ocupacional, en la medida en la que pueden verse alterados roles, intereses y actividades previas, e instaura pautas de conductas y hábitos nuevos, limitando la capacidad para el desarrollo de actividades alternativas.

En estudios realizados en el área de salud mental, se ha identificado una marcada tendencia al sedentarismo como variable asociada a las conductas suicidas, y, por tanto, alta tendencia a generar un desequilibrio ocupacional (7). El comportamiento suicida es más frecuente en personas no productivas, es decir, que no tienen un vínculo laboral o de estudio, considerando en términos generales que hay mayor tendencia a intentar (o volver a intentar) el suicidio

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

entre aquellas personas que no están vinculadas al desarrollo de actividades que implican una realización personal (8). La American Occupational Association indica la intervención a través de la terapia ocupacional en personas con pensamientos suicidas, especialmente a través del desarrollo de actividades alternativas para reducir el estrés, distraer y detener el ciclo obsesivo de los pensamientos negativos y suicidas.

Resultados de diferentes estudios (9) nos indican que las personas sin riesgo de suicidio se sienten más realizadas, satisfechas y valoran más las actividades que desempeñan en su día a día que las personas con riesgo de suicidio. De este modo, el desarrollo de actividades significativas para la persona actúa como mecanismo facilitador en el desarrollo del locus de control interno, la capacidad de disfrute y ofrece un valor a la vida actuando como factor protector de la desesperanza y por consecuencia del riesgo de suicidio.

En el programa CARS, el trabajo del terapeuta ocupacional se establece con sesiones individuales y grupales dentro de un equipo de trabajo para la mejora de la independencia, desempeño de niveles de salud y autonomía en el desarrollo de la ocupación evitando desequilibrios ocupacionales que generen mayor riesgo de la conducta suicida. Como miembro del equipo multidisciplinar, el terapeuta ocupacional se centra en la provisión de los servicios e intervenciones específicos que conciernen al dominio de la disciplina, aportando su visión.

- **Evaluación del Terapeuta Ocupacional en el programa CARS:**

En una primera entrevista al paciente y su allegado, el terapeuta ocupacional se centra en la evaluación de las dificultades de funcionamiento en las áreas de ocupación: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), descanso y sueño, educación/trabajo, ocio/tiempo libre y participación socio-familiar.

La evaluación del terapeuta ocupacional permite evaluar la capacidad de la persona para llevar a cabo la ejecución de cada una de las actividades que conforman su rutina. Además de los síntomas propios de la enfermedad, son importantes y determinantes en la evaluación otras variables (entorno, motivación, expectativas truncadas, costumbres adquiridas, medicación,

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

sociedad, etc.) que van a entorpecer su equilibrio ocupacional y su recuperación. El compromiso de la ocupación no solo involucra lo que los individuos hacen sino también su experiencia subjetiva que, en ocasiones, en el comportamiento suicida, puede estar distorsionado. Los terapeutas ocupacionales se preocupan por la comprensión de los factores que contribuyen a los patrones de participación de las personas en las ocupaciones, así como, de la calidad de esta participación.

Se evalúan dos dimensiones: (1) destreza o habilidad, lo que la persona es capaz de hacer en grados de independencia y seguridad y, (2) hábitos, tareas rutinarias de la persona que describe la frecuencia con que el paciente utiliza sus habilidades para hacer las tareas.

El proceso de recopilación de información del terapeuta ocupacional dentro del programa CARS abarca la revisión de informes de otros profesionales del programa, el uso de la entrevista y de herramientas estandarizadas, que de forma protocolizada son:

- *Prueba breve de evaluación del funcionamiento, (FAST), (10)*. Se trata de un instrumento tipo entrevista que requiere poco tiempo de administración. El marco de tiempo que se analiza son los últimos quince días antes de la evaluación e incluye 24 ítems que se dividen en seis áreas específicas de funcionamiento: (1) autocuidado, (2) funcionamiento laboral, (3) funcionamiento cognitivo, (4) funcionamiento financiero, (5) relaciones interpersonales y (6) tiempo libre.
- *Cuestionario European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D), (11)*. Se trata de un cuestionario sencillo que aporta una medición de la salud en dimensiones físicas, psicológicas y sociales. Está compuesto por dos partes. La primera permite al encuestado definir el estado de salud según el sistema de clasificación multiatributo EQ-5D, compuesto por 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión). La segunda parte es una escala visual analógica graduada de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), que permite al individuo valorar el estado de salud.

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

La información obtenida por medio de estas fuentes permite captar la percepción subjetiva de los problemas ocupacionales de la persona permitiendo al terapeuta ocupacional identificar sus prioridades y deseos con relación a su futuro. Además, la evaluación por parte del terapeuta ocupacional le va a permitir elaborar hipótesis sobre el desempeño ocupacional de aquellas actividades en las que la persona presenta dificultades y pueden hacer aumentar el riesgo de la conducta suicida.

- **Intervención del Terapeuta Ocupacional en el programa CARS:**

Desde terapia ocupacional se plantea una visión global del impacto de la conducta suicida en la vida de las personas y los diferentes abordajes que se pueden llevar a cabo mediante la intervención ocupacional.

Tras el proceso de evaluación, el terapeuta ocupacional en el programa CARS, analiza los datos recogidos para elaborar un diagnóstico ocupacional y, así, diseñar y planificar la intervención con la persona. Se definen objetivos y estrategias de intervención siguiendo un plan de tratamiento individualizado.

El fin último del terapeuta ocupacional es que la persona mantenga un funcionamiento ocupacional adaptativo, satisfactorio y significativo. Esto supone que la intervención desde esta disciplina ha de favorecer que pueda desempeñar aquellas actividades cotidianas relacionadas con su cuidado y mantenimiento personal, actividades de carácter productivo, de ocio y participación social, que le permitan participar en aquellos roles que configuran su identidad, dentro de la sociedad y la cultura en la que está inmersa.

Por tanto, el tratamiento desde terapia ocupacional irá dirigido a ofrecer a la persona la posibilidad de experimentar un proceso a través del cual aumente la confianza en sí misma, su sentido de eficacia y el control sobre su vida. De este modo se logrará que se sienta útil e integrada socialmente y que tenga una vida gratificante y de calidad. Con todo ello, la intervención del terapeuta ocupacional dentro del programa CARS, contribuirá a fomentar los factores protectores frente la conducta suicida.

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

A modo de resumen, algunos de los objetivos generales de intervención son:

- Fomentar que se implique en su proceso de recuperación estableciendo objetivos individualizados.
- Potenciar la adquisición de estrategias que le permitan reconstruir su propia vida de manera satisfactoria y ajustada a su situación real.
- Conseguir que la persona retome el sentimiento del control interno sobre su vida a través del fomento de su Identidad Ocupacional.
- Proporcionar un espacio junto con la persona para la reflexión y el seguimiento de la consecución de los objetivos.
- Garantizar la continuidad de cuidados en coordinación con otros dispositivos socio-sanitarios.

Además de las sesiones individuales, dentro del programa CARS, el terapeuta ocupacional participa como co-terapeuta junto con la Psicóloga Clínica del programa en sesiones grupales. El grupo terapéutico se lleva a cabo de forma ambulatoria con pacientes del programa CARS y tiene como principal objetivo facilitar técnicas y estrategias para la prevención de la recurrencia de la conducta suicida. Se trata de un espacio para la comprensión y expresión donde se facilitan técnicas ligadas a la regulación emocional, manejo del estrés, a la resolución de conflictos, al manejo del tiempo y ocio y a la comunicación asertiva, entre otras habilidades importantes para la vida cotidiana.

La duración total de la terapia de grupo es de 2 meses y medio, distribuido en un total de 10 sesiones, de frecuencia semanal y de 90 minutos de duración. Posteriormente se lleva a cabo dos sesiones de consolidación, a los 6 y 12 meses.

Por último, una función importante dentro del programa CARS es la de “gestor de caso”, de la que el terapeuta ocupacional, junto con el Enfermero del programa, se hace cargo. Se trata de una figura de referencia dentro del programa que facilite la continuidad en la comunidad al alta del programa garantizando la posibilidad de consultar de forma rápida y directa ante una posible situación de crisis en relación con la conducta suicida.

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

El terapeuta ocupacional acompaña a la persona en su medio de vida. Se trata de una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social o que aumenten los factores de riesgo de la conducta suicida.

A modo de conclusión, y tras la experiencia que nos ha proporcionado nuestra labor asistencial a lo largo de los años que lleva funcionando el programa CARS, es de indudable cuestión, la necesidad de programas para la prevención del manejo de la conducta suicida desde una perspectiva integradora y multiprofesional, donde la labor del terapeuta ocupacional tiene especial importancia en la dotación de factores protectores y, en definitiva, en la prevención del comportamiento suicida y mejora de la calidad de vida de las personas sufrientes y sus allegados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) World Health Organization. Suicide prevention and special programmes. Disponible en: <http://www.who.int/mental health/prevention/suicide/charts/en/>
- (2) World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: World Health Organization; 2012.
- (3) Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014.
- (4) Hirayasu Y, Kawanishi C, Yonemoto N, Ishizuka N, Okubo Y, Sakai A, et al. A randomized controlled multicenter trial of post-suicide attempt case management for the prevention of further attempts in Japan (ACTION-J). BMC Public Health. 2009;9:364.
- (5) WFOT Definición de la terapia ocupacional. 2012. Disponible en: <http://www.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>

x

¿QUÉ APORTA LA TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PROGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA?

(6) Wilcock A. Occupation and Health: Are They One and the Same? J Occup Scien. 2007;14(1):3-8.

(7) Hernandez Figaredo P, García Gutierrez L, Clavijo Portieles A. Estilos de afrontamiento en pacientes con conducta suicida en la Unidad de Intervención en Crisis (UIC). Psiquiatría.com. 2004;8(4).

(8) Ruiz Mendez X, Poveda Palomo M, Hernandez Fabelo MR, Ribero Canto O. Algunas características del Intento Suicida en el municipio Ciego de Ávila. 2000.

(9) Del Río Sáez R. Características del desempeño ocupacional en relación con el riesgo de suicidio asociado en personas con trastorno mental en la comarca de Osona. TOG. 2011.

(10) Adriane R Rosa. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. BioMed Central. 2007.

(11) EuroQol Group EuroQol. A new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy 1990;16(3):199-208.