

Editorial

Acerca del suicidio de los médicos, una reflexión

About the suicide of doctors, a reflection

JUAN CARLOS ROJAS FERNÁNDEZ*

Resumen

Es el interés en este artículo analizar y plantear soluciones del orden de la prevención, sobre la alta frecuencia de intentos y suicidios consumados especialmente en los profesionales de la salud, los estudios norteamericanos lo ratifican, los que más se suicidan; son los médicos, seguidos de los odontólogos y abogados. La formación de profesionales de Ciencias de la Salud exige un análisis permanente para dar respuesta a una sociedad en continua transición, máxime cuando se viven momentos sociales y económicos tan delicados como el actual, que influyen directamente en el mundo sanitario. En un mundo globalizado, en continuo cambio, lleno de incertidumbres, donde la movilidad de profesionales entre países es creciente, se precisan profesionales con nuevas competencias para que sean capaces de adaptarse con flexibilidad a nuevos tiempos, nuevos roles de docentes y discentes, así como nuevas metodologías de educación y evaluación. Señalar los problemas que surgen respecto a las hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral que considera que la persistencia del estrés laboral es acumulativa, en el síndrome de Burn-out, la fatiga crónica.

Palabras clave: Suicidio, Melancolía, Factores de riesgo.

Abstract

It is the interest in this article to analyze and propose solutions of the order of prevention, on the high frequency of attempted and committed suicides especially in health professionals, American studies ratify it, those who commit suicide the most; They are doctors, followed by dentists and lawyers. The training of Health Sciences professionals requires a permanent analysis to respond to a society in continuous transition, especially when social and economic moments are experienced as delicate as the current one, which directly influence the healthcare world. In a globalized world, in constant change, full of uncertainties, where the mobility of professionals between countries is growing, professionals with new skills are needed to be able to adapt flexibly to new times, new roles of teachers and students, as well as new education and evaluation methodologies. Point out the problems that arise with respect to the stress chain hypothesis in the work area that considers that the persistence of work stress is cumulative, in Burn-out syndrome, chronic fatigue.

Keywords: Suicide, Melancholy, Risk factors.

* Docente Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. Medico y cirujano, Universidad Libre, Colombia, Magister en Filosofía, universidad del Valle, Colombia. e-mail: juanrojasfernandez@yahoo.com

Recibido: octubre 12 de 2019

Revisado: octubre 31 de 2019

Aceptado: noviembre 29 de 2019

Cómo citar: Rojas Fernández JC. Acerca del suicidio de los médicos, una reflexión. *Rev Colomb Salud Libre*. 2019; 14 (2): 1-9.

<https://doi.org/10.18041/1900-7841/rslibre.2019v14n2.5627>

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos 45 años las tasas mundiales de suicidio se han incrementado en un 60 % y se ubican en 16 casos/100.000 hab. Esta entidad estimo alrededor de 1 millón de víctimas anuales, cifra que puede ascender a 1.5 millones en 2020. Otras investigaciones revelan que, por cada suicidio consumado, 20 personas lo intentan y entre 2 y 4 suicidios terminan siendo registrados con otras causas de muerte, caracterización del suicidio realizada en Colombia, 2000-2010¹.

Las conductas suicidas, como los intentos suicidas y los suicidios consumados, constituyen un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia y a las múltiples consecuencias médicas y sociales que conllevan.

En 1969 Kreitman introdujo el termino parasuicidio para referirse a todas aquellas conductas suicidas que no tenían un desenlace fatal, con independencia del grado de letalidad de las mismas. Se estima que su frecuencia es hasta 40 veces mayor que la de los suicidios consumados, el parasuicidio es el más eficaz predictor del suicidio consumado².

En diferentes estudios y en diversas culturas de las personas que lo han intentado y son llevados a un servicio de urgencia, se le ha asignado algún diagnostico psiquiátrico aproximadamente en el 86% de los pacientes, siendo el diagnóstico más frecuente el de trastorno de personalidad, (hallazgo consignado en el estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas, realizado en España 2004)².

Como factores estresantes suelen ser los problemas con el grupo de apoyo, incluidas las circunstancias familiares, el ambiente social, los problemas relacionados con el empleo, con la vivienda, la economía, también

las enfermedades somáticas, el estilo de vida y los problemas con la educación.

Es el interés en este artículo realizar una reflexión analítica y plantear soluciones del orden de la prevención sobre la alta frecuencia de intentos y suicidios consumados especialmente en los profesionales de la salud, los estudios norteamericanos lo ratifican, los que más se suicidan; son los médicos, seguidos de los odontólogos y abogados.

La formación de profesionales de Ciencias de la Salud exige una reflexión permanente para dar respuesta a una sociedad en continua transición, máxime cuando se viven momentos sociales y económicos tan delicados como el actual, que influyen directamente en el mundo sanitario. En un mundo globalizado, en continuo cambio, lleno de incertidumbres, donde la movilidad de profesionales entre países es creciente, se precisan profesionales con nuevas competencias para que sean capaces de adaptarse con flexibilidad a nuevos tiempos, nuevos roles de docentes y discentes, así como nuevas metodologías de educación y evaluación³.

El medico tiene una actitud de ocultamiento personal y social, se han encontrado tasas elevadas de suicidio consumado el 4.3% frente a una tasa baja de intentos de suicidio 1.6 %, lo que apoya la hipótesis de que los médicos no piden ayuda, como lo hace la población general. En esta los intentos de suicidio son muy altos en relación a las tasas de suicidio. (Hallazgo consignado en el estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas, realizado en España 2004)².

Planteamiento del problema

El profesional, el modelo de sistema de salud, (su financiación y gestión) y el ciudadano, son tres elementos que no siempre están en armonía. Desde el punto de vista del ciudadano, el concepto de salud

y enfermedad es una percepción en la que influyen factores culturales, económicos, políticos, o mediáticos, entre otros. La frontera entre salud y enfermedad se hace aún más débil en lo que a la salud mental se refiere, existiendo a veces, distorsiones influenciadas por la industria farmacéutica y biotecnológica, donde sus intereses y las necesidades de salud no siempre confluyen, habiéndose dado circunstancias que han intentado o puesto penalizaciones por parte de las autoridades reguladoras³.

Los modelos educativos y sistemas sanitarios no son ajenos a las corrientes socioeconómicas, un poderoso elemento que lo condiciona todo es el “mercado” y los medios de comunicación ligados al mismo. Los fuertes intereses económicos del mercado influyen directamente sobre los deseos y percepciones en salud de los ciudadanos y sobre las decisiones de los estados, en materia sanitaria. Menos Estado mayor mercado, principio fundamental del neo-liberalismo.

En consecuencia de la deshumanización que conlleva un sistema económico despiadado como el neoliberalismo que somete todo a la tiranía del mercado y a sus intereses particulares de castas de poder (empresarios), se va en contravía del compromiso que deben tener las instituciones pedagógicas en formar profesionales por y para la comunidad: en procura de unos valores comunitarios que expresen solidaridad y que desarrollen empatía, que sean capaces de ponerse en la piel y sentir del otro, que potencien la convivencia entre las distintas culturas. Un aprendizaje que a lo largo de su formación propenda por la construcción de la autonomía y la responsabilidad personal y profesional. Con una visión universalista, se consiga un pensamiento crítico, creativo y solidario.

Son años de ardua formación educativa y capacitación donde se puede perfeccionar la resiliencia del médico, además de terminar sabiendo que se exige para estar bien, como

también puede por mimesis aprender el camino de la negación del dolor, y no lograr protegerse de manera adecuada, ni saber atender la dificultad de tratar el tema relevante de pedir ayuda. Es preciso tener claro este punto, el cual retomaré más adelante.

Se trata entonces de no seguir formando más profesionales que se sometan o se acomoden a las exigencias de un modelo de salud privatizado, donde el estado cada vez se distancia más de las responsabilidades que competen a la salud pública. Una formación de los médicos orientada al uso de la tecnología, cercana a las industrias farmacéuticas; que sobrelleva la financiación de los estudios de investigación, de la educación continuada, estos profesionales terminaran

dedicándose más a desarrollarla y producirla, y el sistema de salud privatizado solo tendrá que pensar en su empleo y el modo de financiarlo.

El sistema financiero ha encontrado un mecanismo de tercerización que le evita asumir todas las responsabilidades de prestaciones, salud, pensión, sin ningún compromiso con su estabilidad laboral, presionándolo con el recurso de la competitividad que hay en el mercado, “si no acepta tales condiciones hay muchos detrás de este lugar”. Condiciones no dignas de un trabajador calificado, con sueldos mezquinos que no consiguen recuperar la inversión de lo pagado por su formación, ni mucho menos el de lograr un nivel de vida con calidad.

Un médico que atiende enfermedades y no enfermos, un modelo centrado en el órgano y en el sistema y no en un modelo holístico en donde tenga en cuenta el contexto familiar, social.

Este es un golpe muy fuerte que acaba con los sueños que conlleva una profesión en donde es imprescindible la vocación misional de ayudar al otro en estado de desvalimiento, de soledad con su enfermedad y de su

consciencia de existir y morir. Colocando a los profesionales de las ciencias de la salud (que por lo general tienen una personalidad con rasgos de perfeccionismo, que incluye cierta rigidez, gusto por la norma, idealismo y excesiva implicación en el trabajo), en un estado de vulnerabilidad, donde en su mayoría terminan acusando la idea de haberse equivocado de profesión, los más afortunados logran esclarecer, que esto no era lo que querían, no prevenían estas exigencias de productividad marcadas en el tiempo de consulta y número de atención de consultantes, auditados y cuestionados como gestores del gasto, donde se ha perdido todo tipo de autonomía en las decisiones del acto médico, no es lo que habían soñado a cuando eligieron formarse como médicos.

Un modelo de salud como el que tenemos en Colombia que no es distinto al de toda Suramérica, en donde a menudo, cuando se hace frente a distintas alternativas no podemos elegir primero a nuestros pacientes, ni ellos a sus médicos. Cada vez que se tiene que decidir, se antepone las necesidades del empleador, del sistema hospitalario, la situación económica del paciente o la compañía de seguros por delante de las necesidades del paciente, este tipo de consideraciones perversas, configuran una afrenta devastadora al propósito rector, que es el cuidado a los pacientes por encima de lo demás, es la acumulación de estas afrentas la que da por resultado el daño moral, afectando irremediablemente al médico en los sentimientos, creencias, valores, actitudes, comportamientos, perturba a su vez la empatía, la integridad, la percepción de la realidad, el espíritu de comunidad, la autoconfianza, la autocrítica, la flexibilidad y el dominio de la persona.

La clínica: El fin de la utopía y el regreso de la melancolía

La melancolía en el médico comienza siendo un tenue murmullo y acaba convirtiéndose

en una melodía claramente perceptible, es una enfermedad de seres especiales, de intelectuales y creadores. Ser melancólico es mostrar severidad y tristeza ante el mundo y ante los demás hombres, donde se encuentra ingredientes como la soledad orgullosa del intelectual que pareciera tomar las palabras del Quijote cuando sintió la soledad por la ausencia de la partida de Sancho y la duquesa que detecta dicha melancolía le ofrece:

...escuderos, dueñas y doncellas había en su casa que le servirían muy a satisfacción de su deseo. – Verdad es, señora mía – respondió don Quijote–, que siento la ausencia de Sancho, pero no es esa la causa principal que me hace parecer que estoy triste, y de los muchos ofrecimientos que vuestra Excelencia me hace solamente acepto y recojo el de la voluntad con que se me hacen, y en lo demás suplico a Vuestra Excelencia que dentro de mi aposento consienta y permita que yo solo sea el que me sirva⁴.

En el inicio de toda melancolía, la que se considera como el trastorno mórbido de la sensibilidad moral que se traduce en un estado de depresión dolorosa, un sentimiento de abatimiento, de tristeza, de inquietud incluso de ansiedad, se torna incapaz de actuar, indiferente, muy distinto a como era usualmente, aparece un sentimiento corporal doloroso que crea en él profesional, un nuevo hábito psíquico, una sensación de la existencia, de la existencia de su cuerpo, de gran malestar. Todas estas circunstancias, según Greisinger, perturban la sucesión y el encadenamiento de las ideas que representan el yo, pueden engendrar el dolor moral, que se constituye por la conciencia de ese desarreglo producido en el discurrir normal del pensamiento⁵.

Dolor moral, que posteriormente Lacan nombrará como dolor de existir, que para Greisinger y el resto de los clásicos, el origen del dolor moral del melancólico se sitúa una causa desconocida, para Seglas es una falta moral, ese mismo lugar donde Freud más tarde evidenciará la existencia de una pérdida de carácter inconsciente, como el detonante de ese dolor moral que corroe y destruye por dentro.

En reacción a la pérdida (duelo) de un ser amado, o de una abstracción equivalente: como es la libertad, un ideal... (Como es el asunto de esta reflexión). Si el objeto (ideal) ya no existe, la libido es desplazada directamente al yo, identificándose éste con el objeto (ideal) abandonado. La sombra del objeto cae sobre el yo, y con ello el conflicto previo entre el yo y el objeto se transforma en una disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación. Y si tenemos en cuenta que su elección objetual previa ha sido de carácter narcisista, abriga entonces una ofensa real o un desengaño, que se traduce en disminución de la autoestima, en empobrecimiento del yo, principalmente moral, en donde los reproches, los insultos y la espera de castigo dan cuenta de un ser despreciable, un ser que no muestra, en ningún momento, reparo ni remordimiento alguno en mostrar su falta moral⁶.

Es decir, un sentimiento de rabia o su sucedáneo el odio, que en principio estaba dirigido contra otra persona (generalmente un objeto frustrador), podía virar y dirigirse hacia sí mismo.

Tratándose como un objeto odiado. Marco conceptual explicativo para entender los hallazgos de investigaciones empíricas que asocian agresión y riesgo suicida.

Este estado previo al suicidio (la melancolía), de anestesia, de disestesia psíquica, de insensibilidad a los estímulos normales, aislado en medio del mundo exterior, replegado sobre sí mismo, todo lo ve negro, vive concentrado en sí mismo. Sin duda, la mayor parte de los melancólicos le dan vueltas durante un tiempo a sus proyectos de suicidio, inventan todo tipo de planes luego los aplazan, en espera de un impulso que sea capaz de desplegar la energía necesaria para quitarse la vida y escapar de lo que consideran sus miserias⁵.

El desfallecimiento del deseo como discurso, lo deja en una posición de renunciamento,

identificado al dolor. Esta inmovilidad, esta detención del pulso mismo de la vida, es la que lo aproxima a la muerte y al suicidio. Se trata de una cuestión de paciencia, de una capacidad para padecer, tanto como de un agotarse ésta, hasta el punto de tomar la salida más cercana. Salidas hacia la muerte, cuando no la muerte en vida. El suicidio como salida da cuenta del fin de la paciencia de la carne y también de la del alma. Cuando para el melancólico desaparece ese último amarre que es la identidad con el dolor, y como expresión máxima de su rebeldía, se da muerte, cuando se levanta la inhibición psicomotriz⁷.

El temple melancólico incluye la impaciencia, el afán de perfección que hace de ella condición *sine qua non* entre los <hombres excepcionales> y que podemos atribuir a esa vocación utopista por alcanzar el ideal. Si éste paraliza en la crisis, aquí sirve de acicate hacia la belleza. Aunque es consciente, con esa hiriente lucidez que le atribuyo Freud, de la cesura insalvable que lo separa de esa quimera, no por ello va a dejar el melancólico de aspirar a ese espejismo de perfeccionar. Y ello porque se trata, ante todo, de una utopía subjetiva destinada a conciliar una ambivalencia que le es circunstancial. La *poiesis* melancólica surge de esa dialéctica, de una verdadera y primordial lucha intestina que tiene por meta ideal, no por altruismo sino por necesidad⁷.

Karl Marx, Acerca del suicidio "Peuchet" (1846)

En 1846 Marx publicó una extensa reseña sobre el informe de Jacques Peuchet, archivista de la policía de París (La policía es un precipicio que todo traga). El texto se refiere a una serie de casos de suicidio, el objeto del texto es mostrar un espejo de la sociedad, una crítica social que da cuenta de formas sociales; la representación de las clases populares desposeídas, la opresión de la mujer en la sociedad burguesa, la opresión de los trabajadores. Marx busca oponer, a la

abstracción filosófica, la verdad social que emerge de la distancia entre lo que realmente ocurre y lo que deberían ser las cosas de acuerdo a su esencia imaginada o teológica.

Estos fragmentos del texto corregido, editado y reformulado por Marx acerca del suicidio tiene la finalidad de nutrir a la discusión y análisis. Detrás de toda reflexión analítica y con la pretensión de encontrar soluciones estructurales, como en este ensayo sobre el suicidio en los profesionales de las ciencias de la salud, no ocultare la ideología que lo sustenta, con ella he pretendido recrear, sus orígenes y conflictos socio-económicos, y poder así proponer unos correctivos en el contexto de la prevención:

Hasta qué punto la pretensión de los ciudadanos filántropos se basa en la idea de que sólo basta con darle a los proletarios un poco de pan y un poco de educación. Como si los únicos en soportar las condiciones sociales actuales fueran los trabajadores, como si en lo que respeta al resto de la sociedad, el mundo existente fuera el mejor de los mundos posibles...⁸.

...más la existencia misma del suicidio es una evidente protesta contra esos designios ininteligibles. Se nos habla de deberes para con la sociedad, sin que nuestros derechos para con la sociedad estén claramente definidos y establecidos; se exalta el mérito de aguantar el dolor, y se dice que sería mil veces mayor que: es tanto un triste mérito como una triste perspectiva. En suma, se hace del suicidio un acto de cobardía, un crimen contra las leyes, la sociedad y la honra⁸.

...golpeados por un brutal desprecio, quizás para no tomarse el trabajo de arrancarlos del fango. Viendo todo esto, cuesta ver cómo podría ordenarse al individuo que respete, en sí mismo, una existencia que no es tenida en cuenta por nuestras costumbres, prejuicios, leyes y modo de vida⁸.

...¿Qué clase de sociedad es ésta, en la que se encuentra en el seno de varios millones de almas, la más profunda soledad; en la que uno puede tener el deseo inexorable de matarse sin que ninguno de nosotros pueda presentirlo? Esta sociedad no es una sociedad: como dice Rousseau, es un desierto, poblado por fieras salvajes⁸.

[nota suelta en el manuscrito]: La

prostitución es solo una expresión particular, de la prostitución generalizada del trabajador, y dado que la prostitución es una relación en la que no solo cae quien se prostituye, sino también quien prostituye, cuya bajeza es mayor aun-; también el capitalista, etc., cae en esta categoría⁸.

Análisis y discusión

El medico se ve confrontado a través de su ejercicio profesional con experiencias dolorosas, la muerte del paciente que estaba a su cuidado, preguntándose si se hubiera podido hacer otra cosa, si fue un error, sino fue estudiado lo suficientemente. Se enfrenta con frecuencia a la rabia acusadora de los familiares del que fallece. No hay posturas cómodas como lo anota Rainald Goetz quien publica en su "Diario de un estudiante de medicina";

Hay que acallar constantemente ese duelo ardiente por la impotencia. Entonces viene la costumbre. Es de lo más necesario en la medicina, en especial en la psiquiatría. La costumbre ya está ahí cuando al joven se le inyecta en el cuerpo... Así camina la vida en lugar de la inmortalidad⁹.

La doctora Wendy Dean psiquiatra norteamericana, quien toma la determinación de no continuar realizando clínica, cuando repara que hay un cambio en el sistema de la salud donde el interés es más por lo que representa el paciente en lo financiero y no tanto por su salud, se dedica ahora estudiar los fenómenos que causan el sufrimiento médico. Anotando que las encuestas mediante formularios, utilizadas para identificar el agotamiento profesional en otras poblaciones y adaptadas al ámbito de la salud, revelan niveles notables de angustia en los profesionales médicos. Resultados que no exploran las causas las dificultades de los médicos y que lo han llevado al agotamiento profesional.

El termino agotamiento profesional (burnaut) parece señalar que los médicos

no tienen la suficiente resiliencia o no son eficientes: en esencia, que el problema reside en el individuo, quien de alguna manera es deficiente. Explica la Dra. Wendy Dean; a los médicos les está resultando difícil su trabajo, pero concluir que es por agotamiento profesional es una tergiversación, puesto que lo que está sufriendo el médico es un daño moral. Ocurre daño moral cuando perpetrados, somos testigos o no evitamos un acto que transgrede nuestras convicciones morales profundas. En el contexto de la atención a la salud, esta transgresión es causada por la necesidad de lograr la tarea imposible de satisfacer simultáneamente a pacientes, hospitales, aseguradoras y a nosotros mismos. El daño moral ubica el origen de la angustia, apropiadamente, en algo externo al médico, y dentro del entorno profesional de la asistencia sanitaria en sí¹⁰.

La hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral considera que la persistencia del estrés laboral es acumulativa. El síndrome de Burn-out descrito por Freudenberger o síndrome del quemado, hace referencia a un síndrome de cansancio o agotamiento emocional (pérdida de recursos emocionales, sensación de que ya uno ya no tiene nada que ofrecer a los demás), despersonalización o deshumanización (una actitud insensible hacia las personas con quienes se trabaja) y falta o disminución de realización personal (tendencia a devaluar el propio trabajo). Como una consecuencia de trabajar en condiciones difíciles en contacto directo con usuarios, pacientes o clientes y que tiene resultados negativos para la persona y para la institución.

El Mobbing se considera como una forma de estrés laboral que tiene origen en las relaciones interpersonales que se establecen en cualquier empresa entre los individuos, se refiere al maltrato verbal y moral que recibe un trabajador por parte del jefe, de los compañeros o de ambos. Este síndrome es frecuente en los médicos y profesionales sanitarios, hasta

un 38% según datos publicados en el British Medical Journal.

Se han investigado distintos estresores en el trabajo, y estos van desde el ambiente físico (ruido, contaminación, iluminación, temperatura) a la estructura política organizacional (ambigüedad del rol, conflicto del rol, promoción y desarrollo profesional) pasando por el contenido de la tarea (sobrecarga laboral, baja participación en las decisiones, presión horaria, sobreutilización de las capacidades).

Las consecuencias negativas del estrés laboral pueden reflejarse en problemas cardiovasculares, en patología gastrointestinal, crisis de nervios, trastornos musculares, depresión, cáncer, úlceras, drogodependencia, suicidio y patología dermatológica¹¹.

Son más susceptibles al estrés laboral los sujetos dependientes, aquellos que tiene un patrón de conducta tipo A (activos, enérgicos, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes), los de patrón de conducta tipo C (es decir, aquellos que no exteriorizan sus emociones, que procuran complacer a los demás, a pesar de sacrificar sus propios objetivos y que evitan la confrontación)⁹.

Las variables que también producen alto nivel de ansiedad al médico: la insatisfacción en la relación médico-paciente, el sufrimiento del paciente. Referente a la enfermedad, el error en el tratamiento o en el diagnóstico, ocupa un nivel medio de ansiedad, similar al paciente difícil (no agradecido, el que convierte sus deseos en exigencias, el que amenaza de muerte), la invalidez, la muerte, la alta responsabilidad de las decisiones a tomar, la falta de apoyo social (sin reconocimiento), la carencia de formación acerca de la relación médico-paciente, una formación dirigida a curar y no a cuidar. Las que competen a las condiciones laborales: la escasez de tiempo, falta de trabajo en equipo, carencias en la

formación y nombramiento de responsables por criterios políticos y no académicos¹².

Entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos generales¹³

Estas entrevistas son de suma importancia para entender que es lo que pasa por la mente y las emociones de los médicos, constatación de lo que hemos venido disertando en el escrito, son entrevistas semiestructuradas que se realizaron a médicos generales que han atendido pacientes con estados depresivos primordialmente, realizadas por los doctores: Munera L, Uribe L, Yepes E.

...Donde yo hice el rural son pacientes que simplemente tienen que aprender a vivir con la enfermedad (depresión)¹³.

El servicio de urgencias es una cosita superchiquita. Son 4 camillas, si yo ocupaba las 4 camillas, y a los demás pacientes les tocaba quedarse fuera esperando, y eso era la catástrofe...eso era el pan de cada día...legaban muchos pacientes con depresión y con intentos de suicidas y no la remisión, ¡no! Entonces fluoxetina pa! Todos...¹³.

Hay veces que uno se mete en los zapatos de paciente, en ese sufrimiento tan inmenso que está viviendo y que es tan difícil de salir de él, pero para eso estamos nosotros, para ayudarlo¹³.

En realidad, uno se ata mucho de manos y uno puede tratar de brindar sus servicios, brindar su conocimiento, brindar la ayuda sin discriminar, pero a la vez toca volverse un poco indiferente y tratar de hacer lo que uno pueda con lo que uno tiene¹³.

Es muy difícil porque uno, como ser humano, también se siente tocado y se pregunta cómo es posible que esté pasando esto, o sea, cómo por una enfermedad una persona llega a sentirse así, y no hay mucha solución para ofrecerle¹³.

A mí no me desesperan los pacientes psiquiátricos, lo que me desespera es el tiempo...¹³.

Conclusiones

Se puede concluir que las personas que tienen un vínculo afectivo sólido y maduro

con otro ser humano, o una actividad laboral, académica, tienen menor riesgo de intento de suicida. Por el contrario, personas desvinculadas o con vínculos idealizados, de carácter narcisista, muy susceptibles a las frustraciones o rupturas, tienen mayor riesgo de intento suicida en situaciones difíciles de su vida, en donde además confluyan otros elementos como la rabia, soledad y la impulsividad, el suicidio se hace más probable.

Para que las organizaciones de atención a la salud implementen cambios que en verdad mejoren el bienestar del médico, es necesario que escuchen sus experiencias en la vida laboral. Los clínicos necesitan participar en grupos de discusión, reuniones para escuchar, y encuestas de texto libre verdaderamente confidenciales de líderes que pidan aportaciones sin evasivas.

Deben ver a su organización, oponerse con firmeza a otra métrica de desempeño u otro requisito regulatorio, u otra encuesta de satisfacción, en defensa de su personal. Es necesario que vean el cambio en el entorno de su práctica en respuesta a su opinión o en los recursos asignados a la atención médica. Los médicos necesitan ver que los administradores están haciendo un esfuerzo concertado para comprender su aflicción y hacer cambios verdaderos que mitiguen los factores que la impulsan.

Cuando los médicos no escuchan a sus pacientes y consideran sus circunstancias singulares, se arriesgan a pasar por alto oportunidades diagnósticas y terapéuticas importantes. Cuando el liderazgo organizacional no escucha con cuidado los factores que conducen a los sufrimientos de los médicos, no se puede hacer un avance significativo para aliviarlo. Ningún grado de dieta saludable, reposo o ejercicio resolverá lo que aflige¹⁰.

Es preciso tomar conciencia de esta situación porque la mayor parte de los profesionales

lo sufren en silencio, con las consiguientes repercusiones familiares y laborales, si la situación se vuelve crónica. Cuando se produce la enfermedad también se silencia, sobre todo si es psíquica, porque la enfermedad mental del médico ha sido un tema tabú. Frente a este ocultamiento, la Asociación Médica Americana, en 1973, elaboro un proyecto de ley en el que se señalaba la obligación moral de los médicos de comunicar los casos de compañeros con trastornos mentales, siempre y cuando afectara a su práctica profesional y éste no quisiera ponerse en tratamiento¹².

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación es fruto de la actividad académica, revisado por el grupo de investigación CINEPSIS, de la Universidad Libre de Cali, postgrado de psiquiatría. No se recibió ningún tipo de apoyo económico.

Referencias

1. Cardona D, Medina O, Carona D. "Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010", Rev. Colombiana de Psiquiatría, Número 3/ Julio/Septiembre 2016, p,171
2. Lozano C, Huertas A, Martínez C, Ezquiaga E, García-Gamba E, Rodríguez F. "Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXIII, Julio/Septiembre, 2004, p, 11-22.
3. Moran-Barrios J. "Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año 33, Abril/Junio, 2013, p, 385-405.
4. Pujante D. "La melancolía hispana, entre la enfermedad, el carácter nacional y la moda social", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXVIII, fascículo 2, 2008, p, 401-418.
5. Seglás J. "De la melancolía sin delirio", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXVI, fascículo 2, 2006. p, 325-333.
6. López L-S, Pérez A. "La cara oculta de la tristeza", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXIII, Junio/Septiembre, 2003, p, 53-65
7. Ferrández F. "La melancolía, una pasión inútil", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXVII, fascículo 1, 2007, p, 169-184
8. Marx Karl, "Acerca del suicidio", Colección Antropografías, ed. Las Cuarenta, Buenos Aires, 2011, p. 11-134
9. Corral-Marquez R, "La psiquiatría o la vida", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Volumen 37, Numero 131, enero-junio 2017, p, 283.
10. Dean W, Dean Ch, Talbot S. "Por qué agotamiento profesional es un término incorrecto para designar el sufrimiento del médico". Comentario, 5 de Agosto de 2019.
11. Mansilla f. "El síndrome de fatiga crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral", Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXIII, abril/junio 2003, p, 20-30.
12. Gómez R. "El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo". Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Año XXIII, abril/junio 2004. p, 42-56.
13. Munera L, Uribe L, Yepes E. "Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana", Rev. Colombiana de Psiquiatría, Número 1/ Enero-Marzo 2018, p, 21-31