

Los médicos lo tienen todo entonces, ¿porque se suicidan?

Marcos Peñailillo Escarate¹

“Existe la creencia (errónea) de que los médicos lo tienen todo: una profesión, un trabajo estimulante, prestigio, inteligencia, éxito, y sobre todo dinero y apariencias”, esta cita de Myers¹ me hace reflexionar respecto a los matices del rol social del médico. Sin embargo, somos una población con características especiales en salud mental, la más alarmante es tener una tasa de suicidio 4 veces mayor que la población general².

Desde el pregrado la carrera de medicina implica un ambiente altamente competitivo y de exigencias tanto físicas, cognitivas y emocionales. Largas jornadas de estudio, turnos y carga académica que consumen los espacios de recreación y relajación. Si es que se logra convivir con esta situación, se suma a que el 72% de los estudiantes de medicina refiere haber sido víctimas de, al menos, una situación de abuso³. Este clima se incrementaría en el postgrado, ya que las condiciones de salud mental parecen estar más cargadas al estigma, en donde fácilmente son interpretados como no tener habilidades para una u otra especialidad.

El estrés ha sido ampliamente difundido como una condición intrínseca a la medicina, incluso la instalación del concepto Burnout ha permitido exponer con mayor claridad de qué forma la alta carga laboral nos afecta. Además, es fácil de empatizar porque representa para muchos un eufemismo de enfermarse por ser esforzado o exitoso, una posición cómoda para los médicos. Cuando el trastorno aparece en un contexto distinto al exceso de trabajo parece ser percibido de una forma muy diferente.

La cultura de la profesión no nos anima a admitir nuestras vulnerabilidades, ni a buscar la ayuda que necesitamos, sobre todo en cuanto a problemas de salud mental. Las causas más citadas para evitar la consulta son la falta de tiempo (48%), la falta de confidencialidad (37%), el estigma (30%), el costo (28%), y el miedo a que quede constancia en nuestro expediente profesional (24%)⁴. Postergar la consulta genera que los trastornos se agraven y cronifiquen.

Es muy frecuente el autodiagnóstico, la autoprescripción, el conseguir consultas “informales” e infrecuentes, además de la minimización de los síntomas. Reflejo de esto es la frecuente consulta por cuadros somáticos, fatiga, desconcentración, ambición por mayor rendimiento que genera abuso de ansiolíticos, potenciadores cognitivos, analgésicos, opioides entre otros. A todos nos ha tocado evaluar a colegas y es sabido que son pésimos pacientes.

Otra manifestación que apoya la hipótesis de que los médicos no piden ayuda es una alta tasa de suicidio y una baja tasa de intentos. Por lo general actúan más de forma impulsiva, con una alta letalidad y de forma escondida⁵. Varios estudios han constatado que médicos cirujanos, a pesar de presentar ideación suicida, 60% de ellos, no consultaría a un especialista por temor a perder su licencia como profesional⁶. Es en donde aparece con mayor claridad el estigma de ser señalado como un paciente psiquiátrico.

¹Psiquiatra, dedicado a la Psiquiatría de Enlaces y Adicciones, Tutor de Psiquiatría de la Universidad de Santiago de Chile y Servicio de Salud Metropolitano Norte. Unidad de Psiquiatría de Enlaces, Hospital San José Programa de Adicciones, COSAM Conchalí

Correspondencia: Marcos Peñailillo Escarate
Email: penailillo.marcos@gmail.com

Por lo tanto, tenemos una población que no consulta a pesar de tener síntomas graves, que cuando lo hace no sigue las indicaciones, que tiende a esconder su condición disminuyendo sus opciones de red de apoyo, con conocimiento de técnicas de alta letalidad, que siente que las opciones de tratamiento implican exponerse y podrían poner en desmedro su profesión. Todas estas variables hacen que el clima del suicidio se alimente.

En conclusión, debemos preocuparnos por nuestra salud mental, trabajar en destruir el estigma del paciente psiquiátrico, que nos hace pensar que el estar enfermos significa algún gesto de debilidad o incompetencia. Evitar la automedicación y el autodiagnóstico. Es necesario dejar de pensar que la psicofarmacología sin supervisión tiene algún efecto terapéutico, dado que si no existe un tratamiento formal el uso de psicotrópicos sólo se transforma en un abuso, al igual como lo sería recurrir al alcoholismo. Es responsabilidad de todos, no sólo de los que padecen algún trastorno mental, luchar en contra del estigma, luchar contra las coberturas reducidas en salud mental que representan una barrera económica importante. ¿Hasta cuando asistir al psiquiatra tendrá una connotación distinta que consultar a otra especialidad médica?.

BIBLIOGRAFÍA

1. Myers MF. Physician suicides leave many victims in their wake. *Winnipeg Free Press*, October 1, 2006
2. Cornette MM, deeroon-Cassini TA, Fosco GM, et al. Application of an interpersonal-psychological model of suicidal behavior to physicians and medical trainees. *Archives Suicide Research* 13 (1): 1-14, 2009
3. Richman J, Flaherty J, Rospenda. Mental health consequences and correlates of Reported Medical Student Abuse. *JAMA* 1992;267:692-4
4. Hem E, Gronvold NT, Aasland OG et al. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a national sample. *European Psychiatry* 15 (3): 183-189, 2000
5. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 289: 3161-3166, 2003
6. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives Surgery* 146 (1): 54-62. 2011
7. Referencia sugerida
Mingote Adán, José Carlos, Crespo Hervás, Dolores, Hernández Álvarez, Matilde, Navío, Mercedes, & Rodrigo García-Pando, Consuelo. (2013). Prevención del suicidio en médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204