

Sobre el suicidio en los profesionales de la salud y la importancia de la creación de estrategias desde un enfoque holístico *

Juanita López Van den Berghe

Universidad Libre Seccional Cali - Colombia.
juanita.lopez96@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3352-9675>

Francisco Javier Meza-Díaz

Universidad Libre Seccional Cali - Colombia.
franciscojaviermeza15@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1597-8442>

Juan Pablo Rojas-Hernández

Universidad Libre Seccional Cali - Colombia.
juanpa8506@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4704-2171>

Juan Carlos Rojas-Fernández

Universidad Libre Seccional Cali - Colombia.
jrojas_fernandez@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3709-523X>

RESUMEN

El presente artículo tiene como finalidad analizar y plantear posibles soluciones desde un enfoque holístico para la prevención del suicidio en la comunidad médica, puesto que, es una realidad social que debe ser atendida ya que se encuentra en crecimiento, siendo los profesionales de la salud los que presentan una mayor tasa de suicidio frente a otras profesiones. Por consiguiente, se indaga acerca de los principales factores de riesgo desde el ámbito psicosocial y se cuestiona la forma en cómo se da la formación de los profesionales de la Ciencia de la Salud, ya que se considera que este responde a exigencias sociales y económicas del sector de la salud, pero deja olvidada las condiciones laborales, sociales y psicológicas de los prestadores de salud. En este orden de ideas y reconociendo el escenario globalizado en el que la sociedad está inmersa, es relevante propender por la indagación directa del origen del estrés en el ámbito laboral, analizar las condiciones laborales y los riesgos implícitos a los que se encuentra expuesto el médico dentro de la organización, para poder así brindar herramientas oportunas y preventivas en torno a la disminución de las tasas de suicidios.

PALABRAS CLAVE

Suicidio; trastorno depresivo; profesionales de la salud; médicos; prevención del riesgo suicida

Recibido: 10/01/2020 Aceptado: 01/10/2020

* (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) Published by Universidad Libre - Cali, Colombia.

Cómo citar este artículo: LÓPEZ VAN DEN BERGHE, Juanita; JAVIER MEZA DIAZ, Francisco; ROJAS HERNÁNDEZ, Juan Pablo; ROJAS FERNÁNDEZ, Juan Carlos. Sobre el suicidio en los profesionales de la salud y la importancia de la creación de estrategias desde un enfoque holístico. *En:* Entramado. Enero - Junio, 2021. vol. 17, no. 1, p. 204-216. <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.1.5741>



On suicide in health professionals and the importance of creating strategies from a holistic approach

ABSTRACT

The purpose of this article is to analyze and propose possible solutions from a holistic approach for the prevention of suicide in the medical community, since it is a social reality that must be addressed since it is growing, with health professionals being the that present a higher suicide rate compared to other professions. Consequently, the main risk factors are investigated from the psychosocial field and the way in which the training of Health Science professionals is given is questioned, since it is considered that this responds to social and economic demands of the health sector, but neglects the working, social and psychological conditions of health providers. In this order of ideas and recognizing the globalized scenario in which society is immersed, it is relevant to tend to directly investigate the origin of stress in the workplace, analyze working conditions and the implicit risks to which the doctor is exposed within the organization, in order to provide timely and preventive tools around the decrease in suicide rates.

KEYWORDS

Suicide; depressive disorder; health professionals; doctors; suicide risk prevention

Sobre o suicídio em profissionais de saúde e a importância da criação de estratégias a partir de uma abordagem holística

RESUMO

O objetivo do artigo é analisar e propor possíveis soluções a partir de uma abordagem holística para a prevenção do suicídio na comunidade médica, visto que se trata de uma realidade social que deve ser abordada porque está em crescimento, sendo os profissionais de saúde quem têm uma taxa de suicídio mais elevada em comparação com outras profissões. Os principais fatores de risco são investigados a partir do campo psicossocial e questiona-se a forma como se dá a formação dos profissionais das Ciências da Saúde, por considerar-se que esta responde às demandas sociais e econômicas do setor saúde, mas deixa esquecidas as condições laborais, sociais e psicológicas dos prestadores deste setor: Reconhecendo o cenário globalizado em que a sociedade está imersa, é relevante investigar diretamente a origem do estresse no ambiente de trabalho, analisar as condições de trabalho e os riscos implícitos a que o médico está exposto dentro da organização, a fim de assim, fornecer ferramentas oportunas e preventivas em torno da redução das taxas de suicídio.

PALAVRAS-CHAVE

Suicídio; transtorno depressivo; profissionais de saúde; médicos; prevenção do risco de suicídio

I. Introducción

La [Organización Mundial de la Salud \(2008\)](#) expone que en los últimos 45 años se ha incrementado la tasa mundial de suicidio en un 60%, razón por la cual, se menciona que se presentan 16 casos por cada 100,000 habitantes. De esta forma, la organización estima que anualmente cerca de 1 millón de personas se suicidan y, por ende, la problemática actual radica en que esta cifra puede ascender a 1,5 millones de personas en el año 2020. Por otro lado, diversas investigaciones como la de [Cardona, Medina y](#)

[Cardona \(2016\)](#) informan que por cada suicidio consumado aproximadamente 20 personas más lo han intentado y, además, identifican que 2 a 4 suicidios son registrados como otras causas de muerte.

Ciertamente, las cifras mencionadas antes son alarmantes, especialmente porque son cifras que se encuentran en aumento. Por lo cual, es relevante enfocar la atención en las conductas suicidas, los intentos y los suicidios consumados, debido a que constituyen un problema de salud pública, ya que inciden de forma significativa en el ámbito médico y social.

Ante esto, Kreiman citado por [Lozano, Huertas y Martínez \(2004\)](#) introducen el “parasuicidio” como un término que refiere a los comportamientos suicidas que no tienen un desenlace fatal; es importante mencionar que este concepto no tiene en cuenta el grado de letalidad de las conductas, únicamente hace referencia a actuaciones. Lo anterior, brinda la posibilidad de predecir el suicidio consumado ya que se estima que la frecuencia de comportamientos parasuicidas es 40 veces mayor a los suicidios consumados.

Aunado a lo anterior, [Lozano, Huertas y Martínez \(2004\)](#) comentan que en diferentes investigaciones y, partiendo de la experiencia en el ámbito médico, las personas que han intentado cometer suicidio y que son trasladadas al servicio de urgencia se les asigna un diagnóstico psiquiátrico. Los principales resultados indican, en la mayoría de los casos, que aproximadamente el 86% de los pacientes padece de un trastorno de personalidad. En este punto, los factores estresantes cumplen un rol determinante en tanto que los problemas con el grupo de apoyo, familiares, ambiente social, laborales, económicos, enfermedades de base, somáticas y estilos de vida inciden en la salud mental, emocional y física del paciente.

Por consiguiente, en el contexto actual en donde el suicidio es una realidad social que se encuentra en aumento es relevante que los profesionales de las Ciencias de la Salud estén en constante reflexión y propendan por brindar respuestas de prevención y efectivas para la sociedad, especialmente, en un entorno globalizado en el cual la premisa inicial es el: cambio constante, llevando a la sociedad a un entorno de incertidumbre y de movilidad profesional. De esta forma, se presenta como una necesidad formar profesionales que tengan la capacidad de adaptarse a las situaciones actuales, lo cual implica un cambio en el rol de los docentes, una modificación en la disposición educativa del futuro médico, transformación en la metodología de la educación y en las formas de evaluación ([Morán, 2013](#)).

Lo anterior, debido a que el médico, como profesional de las Ciencias de la Salud, tiende a tener una actitud de comportamiento personal y social, motivo por el cual, se han presentado en los últimos años tasas elevadas de suicidio consumado, con un 4,3% frente a la tasa de intentos de suicidio, a saber: 1,6%. Lo cual indica que el personal de la salud evita solicitar ayuda y los pone en una situación de riesgo.

2. Planteamiento del problema

Los aspectos como la financiación y gestión del sistema de salud, el profesional de la salud y el ciudadano en el ámbito práctico no se encuentran en armonía. Un ejemplo de ello consiste en la forma en el ciudadano interpreta el concepto

de salud y enfermedad, donde indudablemente existe una influencia cultural, económica, política y mediática. En este contexto, la frontera entre la salud y la enfermedad se encuentra mediada, en muchos casos, por distorsiones creadas por la industria farmacéutica y biotecnológica, ocasionando un conflicto entre el individuo, el sistema de salud y el profesional; esto, se hace mucho más evidente en temas de salud mental ([Morán, 2013](#)).

Otros elementos para cuestionar son los sistemas educativos y el sistema sanitario de los países que se encuentran supeditados a corrientes socioeconómicas, al mercado y a los medios de comunicación. Los fuertes intereses económicos del mercado inciden de forma directa en la percepción de la salud que tiene el ciudadano e influye, al mismo tiempo, en las decisiones que toma el Estado frente a los problemas y retos del sistema sanitario. Es decir, el impacto del neoliberalismo en la sociedad propende por beneficiar el mercado, dejando de lado la prioridad por el bienestar y salud de la sociedad ([Huerta Moreno, 2005](#)).

En consecuencia, se genera una deshumanización del sistema sanitario, de la profesión de la salud y en la formación, debido a que al estar mediado por el neoliberalismo existe una fuerte tendencia por beneficiar al mercado y responder a los intereses particulares de empresarios. Lo anterior, va en contravía al compromiso que deben asumir las Entidades de Educación Superior en la formación de profesionales, a saber: propender por fomentar valores de solidaridad, cooperativismo, empatía y reconocimiento por la diversidad. Todo esto, teniendo como base principal el fomento de profesionales autónomos, con responsabilidad social, con una visión universalista y un pensamiento crítico ([Guerra, 2006](#)).

Por lo tanto, es importante cuestionarse sobre la formación educativa actual del profesional de salud, particularmente, a la cantidad de casos de suicidios consumados y que conllevan a pensarse y reflexionar sobre la resiliencia del personal médico, la forma de actuar ante su propio dolor y enfermedad. Aspecto que, se consideran pueden incidir de forma negativa en la búsqueda de ayuda ante la adversidad y de prevenir o cuidarse de manera adecuada ante las contingencias médica que a ellos también les toca vivir por su condición biológica y humana.

Se trata entonces de no continuar una formación profesional que está enseñando para el mercado, sino de un tipo de educación que fomente la salud mental y física del médico, que brinde habilidades para que el personal de la salud tenga la capacidad de afrontar las adversidades y contextos sociales y culturales de un entorno cada vez más cambiante. Para distanciarse de una formación que pretende someterse a exigencias de un modelo de salud

privatizado en el que se dejan de lado responsabilidades de salud pública. Esto, teniendo en cuenta que la educación actual parte de la tecnología, los estudios de investigación y la educación continuada que financian las industrias farmacéuticas; distanciándose de la realidad social (de Dios y Jiménez, 2009).

En este sentido, el sistema financiero y la salud privatizada ha encontrado un mecanismo de tercerización que, como bien lo menciona Cortés (2015), evita que se asuman responsabilidades de prestaciones, salud, pensión e inestabilidad laboral a sus trabajadores; siendo un mecanismo muy eficiente dentro de la lógica del mercado, pero que incide negativamente en el trabajador en tanto que las condiciones no son las más adecuadas y ante la ausencia de ofertas laborales muchos empelados la aceptan. En consecuencia, las condiciones no dignas a nivel laboral conllevan a que el médico se vea vulnerable económicamente y en su calidad de vida, particularmente, porque en la tercerización del trabajo lo importante no es brindar una atención holística, sino atender de forma rápida las enfermedades que evidencian determinados síntomas.

Así, el profesional de la salud, dentro de un sistema se encuentra supeditado a un modelo neoliberal, se ve confrontado con un contexto que no le brinda una estabilidad laboral, no le permite pagar los estudios de su formación profesional, delimita su actuar profesional únicamente a la atención rápida de los pacientes y lo somete a un estrés laboral a causa de las horas trabajadas y de un salario bajo. De esta forma, Guerra (2006) argumenta que la vocación misional se ve cotejada con una realidad laboral, social y profesional que en vez de propiciar el quehacer médico lo direcciona hacia la exposición de factores estresores que lo confrontan no solamente como profesional, sino como ser humano.

Continuando con lo anterior, la personalidad de los profesionales de la salud se caracteriza por tener rasgos de perfeccionamiento, rigidez, gusto por la norma, idealismo y excesiva implicación en el trabajo, razón por la cual, lo ubica en un estado de vulnerabilidad. De esta forma, Guerra (2006) sostiene que una vez se encuentran inmersos en su entorno laboral se presentan dilemas respecto a sensación de haberse equivocado de profesión debido a las exigencias que demanda su ámbito laboral (tiempo y cantidad de pacientes consultados) y que, en palabras específicas, lo llevan a cuestionarse su quehacer médico y su expectativa respecto a su vocación.

Las características del régimen de salud en Colombia basado en regímenes, saber: por un lado, el contributivo que beneficia a aquellos que generan un aporte financiero al sistema y por otro lado el régimen subsidiado dirigido

para aquellos que reciben beneficios suplidos por parte del Estado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

El cual no posibilita que el paciente pueda elegir a sus médicos y viceversa, conllevando a que esta decisión sea mediada por las necesidades del empleador, el sistema hospitalario, situación económica del paciente o la compañía de seguros; dejando de lado las necesidades y requerimientos de los pacientes. Aspecto que, nuevamente, coteja a la responsabilidad social que tiene el médico en donde priman: preservación de la integridad, fomento de la solidaridad, propensión por la empatía, capacidad crítico-reflexiva de su entorno y espíritu de comunidad.

3. Factores de riesgo de la conducta suicida

La Organización Mundial de la Salud (2019) informa que no existe una explicación única por la cual las personas se suicidan. Los datos informan que en el 90% de los casos el individuo padecía de alguna enfermedad mental, entre las cuales se encuentra: la depresión, trastornos debido al consumo de alcohol, droga, víctimas de violencia física, sexual o psicológica y factores sociales, económicos y culturales que inciden en el comportamiento.

De esta forma, es posible afirmar que la conducta suicida no se hereda, pero si existe una predisposición genética a padecer de enfermedades mentales y, por ende, para prevenirlo se debe tener conocimiento sobre la interacción de los factores, los factores estresores y las condiciones de vulnerabilidad del individuo. En la Tabla 1 se presentan los grupos de riesgos y los factores de riesgo de la conducta suicida.

Tabla 1.
Grupos de riesgo y factores de riesgo de la conducta suicida.

Grupo de factor de riesgo	Factores de riesgo
Sociales	Tensión social Cambio de posición socio económico Problemas con las redes sociales de apoyo Pérdidas personales Pérdida de empleo Catástrofes Desarraigo Aislamiento Exposición al suicidio de otras personas Violencia ambiental, de género y violencia Intergeneracional

Grupo de factor de riesgo	Factores de riesgo
Psicológicos	Intento de autoeliminación anterior
	Pérdidas familiares
	Frustraciones intensas
	Ansiedad
	Depresión
	Baja autoestima
	Cambio brusco del estado anímico
	Alteraciones del sueño
Abandono personal	
Biológicos	Trastornos metabólicos
	Factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad
	Edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia
	Enfermedades, dolor crónico y en fase terminal
	Trastornos psiquiátricos

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de la Organización Panamericana de Salud (2016)

4. El suicidio como causa de mortalidad a nivel mundial

El suicidio según la Organización Mundial de la Salud (2008) es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial, siendo la depresión el principal motivo subyacente a esta. Dentro de la formación como profesional en salud está es una problemática muy común, como bien menciona la Organización Panamericana de Salud (2016), en una investigación con 960 estudiantes de tres universidades diferentes en Colombia se identificó que en los tres primeros años de carrera universitaria el 15,7% de los estudiantes de medicina refieren haber algún tipo de conducta o ideación suicida, mientras que el 5% indican haber presentado uno o más intentos suicidas, siendo esta prevalencia superior a la encontrada en carreras ajenas a la salud.

Los principales factores asociados identificados por Pinzón-Amado, Guerrero, Moreno, Landínez y Pinzón (2013) son: la carga académica, largas jornadas laborales, disminución de los horarios de sueño, no tener tiempo para las relaciones intrapersonales, intrahospitalario por parte de personas con mayor autoridad y/o jerarquía académica, la vida social muy limitada, entre otras. Otro estudio, enfocado en la formación en la residencia médica, no brinda un panorama prometedor en tanto que se presentan altos grados de ansiedad 38%, depresión 3,7% e ideación suicida 1,9% entre los residentes a inicio de las actividades. No obstante, estas cifras cambian a mitad del ciclo académico en la formación de la residencia, con los siguientes porcentajes: ansiedad 56,5%, depresión 22,2% y riesgo de suicidio 7,4%.

Por otro lado, Albuquerque y Tulk (2019) en una indagación desarrollada en Estados Unidos se identifica que el suicidio es un fenómeno común y creciente en carreras relacionadas con el área de la salud, en comparación a otras carreras y profesiones. Las cifras de indican que la tasa de mortalidad es más alta en hombre con un 40%, triplicando a las mujeres médicas, quienes tienen un 8,6% mayor riesgo de cometer suicidio de las mujeres de la población general.

Por su parte, los principales métodos por el cual se llevan a cabo estas prácticas son: armas de fuego e intoxicación medicamentosa, siendo esto uno de los medios a los que tiene acceso el médico. Los principales medicamentos son:

- Benzodiazepinas (odds ratio [OR] 21.0, 95% CI 11.4–38.6).
- Barbitúricos (OR 39.5, 95% CI 15.8–99.0).
- Antipsicóticos (OR 28.7, 95% CI 7.94–103.9).

Sumado a lo anterior, Medina, Sarti y Quintanar (2010) identifican que dentro del ámbito de las ciencias de la salud existen determinadas especialidades que presentan una mayor propensión, a saber, anestesiología con un 5,5% de tasa mayor, seguida del cirujano y el psiquiatra. En la Figura 1 se presenta la mortalidad médica según su especialidad.

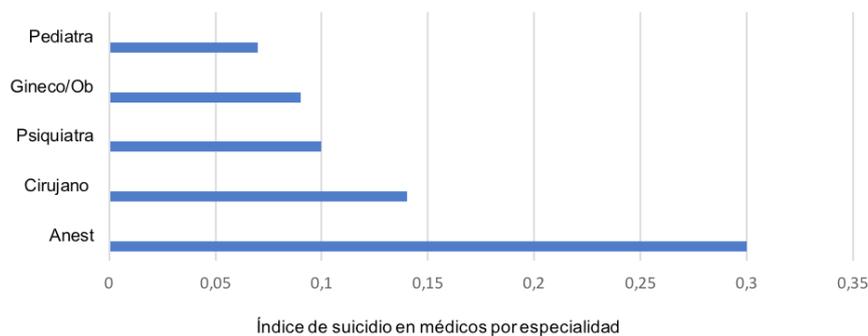


Figura 1. Mortalidad médica según la especialidad.

Fuente: Gráfica obtenida de Medina, Sarti y Quintanar (2010).

5. La clínica: el fin de la utopía y el regreso de la melancolía

La expectativa, la vocación y la formación sobre el quehacer médico se ven confrontadas en el momento en que el médico se enfrenta a un entorno laboral que lo limita y que no le permite actuar desde lo holístico. De esta forma, surge la melancolía que aparece como un tenue murmullo y que, posteriormente, se convierte en algo perceptible, siendo una enfermedad de seres especiales, intelectuales y creadores.

La melancolía se caracteriza por ser un estado en el que se muestra la severidad y tristeza ante el mundo y ante los hombres; acompañada de una soledad que se exalta en el intelectualismo y que se permite remitirse a las palabras del Quijote pronunciadas en el momento en que siente la ausencia de Sancho. Ante esto, la duquesa quien percibe en el Quijote la melancolía menciona:

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 sirva ([Pujante, 2008, pág. 410](#)).

Así, el inicio de la melancolía que fue considerada como el trastorno mórbido de la sensibilidad moral y que, en los tiempos modernos, es considerada un estado de depresión dolorosa, un sentimiento de abatimiento, tristeza, inquietud, ansiedad. Allí, el sujeto se percibe incapaz de actuar; se torna indiferente y distinto a como era usualmente. Entonces, aparece en el un sentimiento corporal culposo y que se manifiesta en el profesional de la salud en un hábito psíquico que se caracteriza por una noción de pesadez de la existencia y consciencia de un gran malestar corporal.

Las circunstancias mencionadas anteriormente para [Ferrández \(2008\)](#) son síntomas, sentimientos y dolores corporales que perturban la sucesión y el encadenamiento de las ideas que representan el yo, la noción y consciencia del individuo. Lo anterior, son factores que originan un dolor moral que se construye y se fundamenta en una percepción de desarreglo e incongruencia entre el pensamiento y la realidad, sometida a una economía neoliberal.

Para [Lacan \(1977\)](#) el dolor moral es el resultado de un dolor por la existencia, que para Greisinger citado por

[López y Pérez \(2001\)](#) tiene una causa desconocida y que para [Freud \(1973\)](#) se representa en la existencia de una pérdida de carácter inconsciente que detona un sentimiento que corroe y destruye al individuo desde adentro. Para el padre del psicoanálisis este dolor puede surgir de una pérdida de un ser amado, en donde se genera un duelo o, por la abstracción de un equivalente como lo es la noción de libertad o el establecimiento de un ideal, lo cual es el asunto de la presente reflexión.

Entonces, en el caso de la abstracción equivalente, en este caso el ideal el dolor surge en el momento en que el ideal (objeto) deja de existir, por lo cual, la libido se desplaza directamente al yo y se identifica con el ideal (objeto) abandonado. En ese sentido, la sombra del ideal recae en la estructura del yo y se crea un conflicto entre el yo y el objeto que constituye el ideal. Allí, se presenta una disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación. La problemática radica entonces en dos puntos: primero, en el momento en que el ideal deja de existir y segundo, por el carácter narcisista latente en elección objetival, que en este caso se traduce en la elección del ideal ([López y Pérez, 2001](#)).

Por consiguiente, es posible comprender que a partir de lo planteado por [Freud \(1973\)](#) la elección del ideal abriga previamente una ofensa real y un desengaño, que se traduce en la disminución de la autoestima, empobrecimiento del yo y un cuestionamiento moral que implica reproches, insultos y la espera de un castigo ante una noción de desprecio de sí mismo. Una percepción de sí mismo que considera que es carente de moralidad. Esto es posible debido a que, como bien lo menciona el padre del psicoanálisis, el sentimiento de rabia, dolor e ira que estaba dirigido hacia un objeto que desaparece, en este caso el ideal, se desplaza hacia sí mismo y creando un trato basado en el odio, remordimiento y la noción de una necesidad de ser castigado.

De esta forma, el riesgo suicida y la aparición de la melancolía es considerado un estado previo al suicidio, que se encuentra constituida en un estado similar de anestesia disestesia psíquica, insensibilidad a los estímulos normales, aislado en medio del mundo exterior y replegado sobre sí mismo. Para [Albuquerque y Tulk \(2019\)](#) es común que la mayor parte de melancólicos piensen y contemplen durante períodos de tiempo sus proyectos de suicidio, los cuales son postergados hasta la espera de un impulso que permita desplegar la energía necesaria para lograr suplirlo.

El carácter melancólico se caracteriza por la impaciencia, búsqueda de la perfección que construye un ideal de hombres excepcionales en los individuos y que configura, en este caso, la vocación médica como un medio para lograr ese ideal de individuo o de sociedad. En este sentido, para

[Freud \(1973\)](#) la paralización de este estado de idealización conlleva a un rompimiento de la quimera, pero aún así esto no lo aleja de ese espejismo utópico, solo lo somete a una búsqueda de conciliación de la ambivalencia que le es circunstancial. El resultado de esta dialéctica: la poiesis en donde se destaca una lucha por lograr esa meta ideal, no por altruismo, sino por necesidad.

En la inmovilización que vivencia el individuo surge un desfallecimiento del deseo como discurso y ubica al sujeto en un renunciamiento que parte del dolor. Lo anterior, para [Ferrández \(2008\)](#) es similar a la detención del impulso por la vida, una aproximación a la muerte y al suicidio, que se encuentra sostenida en una paciencia y en una capacidad de padecer que solo el individuo puede experimentar. Así, el estado de melancolía desaparece en el momento en que la identidad con el dolor se expresa en su máxima rebeldía, se levanta una inhibición psicomotriz y se da muerte.

6. Karl Marx: acerca del suicidio y de los planteado por Peuchet

En 1846 el filósofo Marx publica una reseña sobre el informe de Peuchet citado por [Abduca \(2012\)](#) quien era un archivista de la policía de París y que versa sobre una serie de casos de suicidio. El objetivo del informe era el de dar a conocer una realidad social y crear una crítica acerca de la vulneración a la que estaban sometidas las clases populares, la opresión de la mujer en la sociedad burguesa y la opresión de los trabajadores por los dueños de los medios de producción. De esta forma, el filósofo alejándose de la abstracción filosófica lleva a cabo una reflexión acerca de la realidad y el cómo debería ser la sociedad; ciertamente, en este punto se encuentra un ideal latente y evidente en su postura ideológica.

Entonces, los fragmentos retomados, corregidos, editados y formulados por Marx citado por [Abduca \(2012\)](#) tenían como principal objetivo brindar una discusión y análisis crítico sobre la necesidad de pensarse soluciones estructurales acerca del suicidio, lo cual es una necesidad actual en los profesionales de las ciencias de la salud. El principal interés de este escrito radica en expresar una crítica, propender por encontrar sus causas en el entorno social, comprender los conflictos socioeconómicos latentes y proponer medidas preventivas. Así pues, es menester retomar ciertos fragmentos:

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 (...) 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 honra ([Abduca, 2012, pág. 45](#)).

De esta forma, es posible comprender que existe una fuerte crítica al contexto social y económico en el fragmento anterior, donde se dilucida que una sociedad no puede enfocarse únicamente en el cubrimiento de las necesidades básicas, sino que es importante generar condiciones sociales adecuadas para los trabajadores y para la sociedad en general. En este entorno, el suicidio se presenta como un acto de protesta ante una sociedad que se fundamenta en el cumplimiento de deberes, en la productividad, consumo y en la búsqueda constante de una supervivencia en un entorno donde lo que importa es el logro, la obtención de un merito, dejando de lado aspectos sociales y humanos. Por lo tanto, Marx citado por [Abduca \(2012\)](#) continua

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 vida (...) 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 categoría ([Abduca, 2012, pág. 60](#)).

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible evidenciar la crítica que realiza [Abduca \(2012\)](#) hacia una sociedad que se ha enfocado en fomentar el trabajo y el consumo, pero ha dejado de lado el espacio para el individuo se desarrolle como un ser holístico, siendo enfocado y medido únicamente desde su capacidad productiva hasta el cansancio y agotamiento mental respecto a sí mismo, respecto a la vida. Así, la prostitución es un ejemplo claro, en la medida en que representa al trabajador promedio e involucra de forma directa a los dueños de las fuerzas de producción. En este sentido, [Ferrández \(2008\)](#) argumenta:

¿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 sentirlo? Esta sociedad no es una sociedad: como dice Rousseau, es un desierto, poblado por fieras salvajes. (Pág. 80).

7. Plan decenal de salud pública: una realidad utópica

Actualmente, los problemas de la salud mental se han convertido en los principales temas de discusión y se ha denotado que a medida que se avanza tecnológicamente, al mismo tiempo, el individuo se aleja cada vez de sí mismo. Por lo que, es posible afirmar que el crecimiento externo no se equipara con el interno. En este entorno, la preocupación en torno a las enfermedades mentales se encuentra constituidas de un sin sabor, razón por la cual, a nivel de salud pública, particularmente el Plan Decenal de Salud Pública emitido por [Ministerio de Salud y Protección Social \(2020\)](#) se ha propendido por la creación de políticas enfocadas en el bienestar mental y que trazan como objetivos principales:

- Fomento de la cultura del autocuidado y la corresponsabilidad social en torno a la salud mental.
- Promover factores protectores de la salud mental y la convivencia social en individuos y poblaciones con riesgos específicos.
- Intervenir de manera positiva los determinantes psicosociales de la salud y la calidad de vida de la población víctima del conflicto mediante procesos de acción transectorial.
- Aumentar un 10% la resiliencia de la población colombiana, la cual se encuentra en un período de posconflicto.

Partiendo de lo anterior, es posible pensarse que la noción de salud y la propuesta de salud es posible y, además, que el personal de salud que propone atiende y vela por la seguridad de la ciudadanía está en condiciones óptimas, en lo que respecta a su propia salud, puesto que, en el imaginario social nadie confiaría su salud a un nutricionista con obesidad o un cardiólogo que sea fumador. Razón por la cual, dentro de la lógica de lo planteado se habla de un personal de salud ideal a cargo del bienestar holístico de los pacientes.

No obstante, en el contexto real existe una creciente insatisfacción por parte de los pacientes respecto a la atención de salud, es evidente el exceso de horas que

trabajan el personal de salud y las condiciones salariales deplorables a las que se encuentran sometidos la mayoría de los médicos ([Huerta Moreno, 2005](#)). Por consiguiente, se considera relevante que las políticas emitidas por el Ministerio de Salud propendan por fomentar y propiciar la salud de los profesionales de la salud, creando estrategias de intervención orientadas en el prestador del servicio para mitigar el agotamiento del cuidador.

8. Prevención

En el presente apartado se pretende hacer evidente la intención del presente escrito, a saber: dar a conocer una realidad preocupante que vivencian los médicos de Colombia y, al mismo tiempo, establecer actos preventivos que puedan ser extrapolados a profesionales de la salud. Para iniciar, es importante mencionar que existen diferentes programas y estudios acerca del tema a nivel nacional, sin embargo, al ser implementados los resultados han sido deficientes: ausencia de interés por pares académicos, falta de reconocimiento por estas iniciativas y estigmatización secundaria ([Organización Panamericana de Salud, 2016](#)).

Por otro lado, en México el hospital Centro Médico Nacional La Raza (HECMR) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) crea la Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes (CSM-MR). En este espacio se evalúa a 594 residentes de distintas especialidades durante 5 años y se identifica que existe una prevalencia de trastorno mental por año, el cual varía entre un 3,7% y 8,4% ([Jiménez y Arenas, 2017](#)).

Los trastornos que se presentan con frecuencia en esta clínica son: trastorno depresivo mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, distimia, reacción adaptativa, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención del adulto, bulimia y narcolepsia. Entre estos cabe destacar el diagnóstico de trastorno depresivo en el 5% de la población evaluada. Cabe aclarar, que los residentes que participaron de la investigación tuvieron un seguimiento psicológico y psiquiátrico ([Jiménez y Arenas, 2017](#)).

Continuando con lo anterior, dentro de los programas de prevención del suicidio propuestos por la Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes (CSM-MR) se evidenció, en los primeros 5 años del programa, 2 intentos de suicidio que fueron atendidos, 6 residentes que fueron internados en el instituto mental por riesgo de suicidio y el seguimiento oportuno de estos una vez son dados de alta. Lo positivo del programa de prevención radicó en que no se reportó ningún suicidio consumado y con el transcurso del tiempo se evidencia una disminución del 100% de los casos de suicidio de residentes ([Jiménez y Arenas, 2017](#)).

Los principales objetivos trazados por este programa de prevención versaron en:

1. Detección oportuna de residentes con riesgo de depresión, suicidio y abuso de sustancias por medio de tamizajes en el momento en que ingresan a la unidad sede.
2. Evaluación de los residentes con sospecha de trastorno mental.
3. Tratamiento psiquiátrico a residentes con diagnóstico de trastorno mental.
4. Psicoterapia a residentes que requieran de este servicio.
5. Envío al hospital psiquiátrico cuando se indique internamiento o valoración por la Clínica de Adicciones.
6. Seguimiento de residentes con diagnóstico de trastorno mental y tratamiento iniciado en otra unidad médica.

En este orden de ideas, es menester mencionar a la Fundación Americana en Prevención del Suicidio, que propone una estrategia basada en 4 pasos para la prevención y correcto abordaje del suicidio en profesionales de la salud. Los pasos son mencionados en la [Tabla 2](#).

Teniendo en cuenta lo anterior, [Jiménez y Arenas \(2017\)](#) sostienen que los factores de riesgo y protección se encuentran fuertemente relacionados con las estrategias de prevención del suicidio, por lo que existen ciertas acciones

que contrarrestan los factores y se encuentran clasificadas en tres clases:

1. Prevención universal: las cuales están diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión.
2. Prevención selectiva: que se dirigen a grupos vulnerables, como los que han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados, migrantes y los familiares de suicidas, mediante “guardianes” adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas.
3. Prevención a personas vulnerables particulares: en esta se propende por el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de las instituciones de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias.

Ciertamente, como bien lo menciona [Jiménez y Arenas \(2017\)](#), la implementación de estrategias aparte de estar correlacionadas con los factores de riesgo deben estar

Tabla 2.
Pasos para la prevención y abordaje del suicidio en profesionales de la salud.

Pasos	Actividades para realizar
Discusión de los factores de riesgo y señales de advertencia	El suicidio tiene causa multifactorial y se encuentran los diagnósticos de: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno por consumo de alcohol, trastorno de ansiedad o trastorno límite de la personalidad, intento de suicidio previos, eventos infantiles adversos (ACE), antecedentes familiares de problemas de salud mental y/o comportamiento suicida, historia de abuso físico, psicológico, sexual, entre otros.
Promoción de comportamiento de búsqueda de cuidado	Dentro de estas recomendaciones se busca fomentar la cultura del autocuidado, promover mayores horas de sueño, reconocer actitudes que sean indicio de burnout, tener espacios de autoapreciación, busca ayuda en colegas que puedan pasar por la misma situación buscando generar redes de apoyo, como también aprender a decir “no” frente situaciones que comprometan su tiempo libre o su estabilidad emocional.
Facilitar la búsqueda de ayuda	Cada institución debe tener listas de referencia actualizadas donde se brinde apoyo y rehabilitación para cualquier profesional que lo necesite, así como también médicos residentes y en algunos casos estudiantes de medicina, siempre contando con la discreción y confidencialidad en ellos instaurada.
Crear un sistema de soporte	Tener dentro de la institución un defensor medico capacitado para resolver todas las dudas relacionadas con el impacto de salud mental en el ámbito laboral. La capacitación del defensor médico es fundamental y debe centrarse en explicar las políticas internas y externas, así como las implicaciones con respecto a la privacidad, la confidencialidad y la búsqueda de atención

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de [Jiménez y Arenas \(2017\)](#).

medidas por escalas que clasifican el riesgo al que está expuesto cada individuo. Para esto, dichas escalas tienen en cuenta las características de la idea suicida y del riesgo, los cuales son dos aspectos que permiten predecir la gravedad del intento suicida. Aunado a esto, el autor hace especial énfasis en la incidencia y el actuar médico ante una situación de riesgo de suicidio. En la [Tabla 3](#) se presentan las clasificaciones y la conducta médica que debe tener el profesional de salud a partir de la situación de riesgo.

9. Análisis y discusión

En el ejercicio de su profesión el médico vivencia momentos dolorosos, un ejemplo de ello es la muerte de un paciente que estaba bajo su cuidado y que le conlleva a cuestionarse sobre la posibilidad de un error; de preguntarse sobre la forma “correcta” de haber actuado o de dudar de su misma capacidad. De esta forma, es un individuo que se encuentra expuesto frecuentemente a acusaciones de sí mismo y de los familiares de los pacientes que fallecen. Así, Goetz citado por [Pujante \(2008\)](#) expresa:

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 inmortalidad ([Pujante, 2008, pág. 89](#)).

El fragmento anterior permite evidenciar el dolor y la impotencia que puede llegar a experimentar un médico en su quehacer diario. En este orden de ideas, la psiquiatra

Dean citado por [Cortés \(2015\)](#) en Estados Unidos sostiene que uno de los principales motivos por el cual dejó la clínica fue por las condiciones del sistema de salud, el cual busca suplir las necesidades de un mercado, dejando de lado al paciente y ubicando en el núcleo del servicio el sistema financiero.

Por lo tanto, esta doctora actualmente se ha dedicado a investigar sobre los aspectos médicos que inciden en el sufrimiento de los profesionales de la salud. Para ello, integra formularios que le permiten identificar el agotamiento profesional, la angustia y los índices de suicidio que están presentes en los médicos a lo largo de toda su carrera.

El Síndrome de Burnout al que se encuentran expuestos los médicos y el personal de salud, en general, para [Medina, Sarti y Quintanar \(2010\)](#) representa una problemática de resiliencia del individuo y que incide de forma significativa en la forma en que llevan a cabo su labor. No obstante, limitar el sufrimiento y los padecimientos de los profesionales de la salud únicamente a condiciones laborales es negar la vocación, por la cual muchos de ellos cursaron e iniciaron su formación profesional, por lo que, se habla también de un daño moral.

El daño moral que experimenta el personal médico no proviene únicamente de su confrontación de la realidad, a saber: el quehacer médico frente a la privatización del sistema de salud que quebranta las condiciones laborales, éticas y prácticas, sino que surge a partir de una reflexividad y crítica frente las convicciones morales que se cotejan en un sistema de salud que no satisface al paciente y que se encuentra supeditado a un mercado neoliberal. Es en

Tabla 3.
Clasificaciones de riesgo suicida y la conducta médica ante una situación de riesgo.

Clasificación riesgo suicida	Conducta médica ante la situación de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> Leve: hay ideación suicida, sin planes concretos para hacerse daño, rectifica su conducta, de manera que hay autocrítica. Moderado: existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos y factores de riesgo adicionales (más de un factor de riesgo). Grave: idea concreta de hacerse daño; tiene antecedente de un intento suicida previo; existen más de 2 factores de riesgo, pero sin un plan suicida claro. Expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica su idea suicida. Extremo: presenta varios intentos suicidas con varios factores de riesgo y puede tener como agravante la autoagresión. 	<ul style="list-style-type: none"> Leve: se realiza la entrevista psiquiátrica, se indica seguimiento por su área de salud y se llena la tarjeta de enfermedades de declaración obligatoria. Moderado: se realiza intervención médica psiquiátrica, se indica tratamiento farmacológico, así como también se valora el sostén familiar o en su defecto, se decide ingresar. Luego se remite al centro de salud mental correspondiente. Grave: se indica el internamiento voluntario u obligatorio; ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos si lo requiere y se realiza intervención inmediata con psicofármacos, además de la evaluación psicológica pertinente. Extrema: ingreso urgente. Medidas de contención y seguimiento especializado

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de Jiménez y Arenas (2017).

este daño moral que reside la angustia y que se ubica en el escenario laboral del médico y en la asistencia sanitaria en sí ([de Dios y Jiménez, 2009](#)).

Uno de los factores estresores más comunes en los últimos años en el ámbito laboral es el *Mobbing* el cual es una manifestación de estrés laboral que tiene origen en las relaciones interpersonales que se crean dentro de una organización y remite a un maltrato verbal por parte de superiores o compañeros de trabajo. Para Arciniega este es un fenómeno común dentro de las entidades prestadoras de salud con un 38% de casos experimentados por médicos y profesionales sanitarios. Otro de los estresores identificados por [Arciniega \(2012\)](#) es: ambiente físico, la estructura organizacional de la empresa, características de la actividad laboral en donde se integran aspectos como ambigüedad del rol, conflicto de rol promoción y desarrollo profesional; y, el contenido de la tarea en el cual se integran factores como sobrecarga laboral, baja participación en las decisiones, presión horaria, sobreutilización de las capacidades. El impacto de dichas situaciones en el médico conlleva a la manifestación de problemas cardiovasculares, en patología gastrointestinal, crisis de nervios, trastornos musculares, depresión, cáncer, úlceras, drogodependencia, suicidio y patología dermatológica.

En consecuencia, el personal médico por las condiciones laborales y las actividades que ejecuta en su quehacer profesional se encuentra supeditados a una organización u entidad tienen dos tipos de conducta, a saber: primero, conducta tipo A que se caracteriza por ser personas activos, enérgicos, competitivos, ambiciosos, agresivos, impacientes y diligentes; segundo, conducta tipo C que son personas que no exteriorizan sus emociones, que procuran complacer a los demás, a pesar de sacrificar sus propios objetivos y que evitan la confrontación .

Continuando con lo anterior, dentro de las relaciones entre paciente-médico también se presentan niveles de ansiedad, a saber: insatisfacción en la relación, sufrimiento del paciente, temor o reacción negativa ante el error dentro de un tratamiento, miedo a equivocarse en el diagnóstico, reacción ansiosa ante un paciente difícil, la muerte de una persona a cargo, exposición a una alta responsabilidad en la toma de decisiones, ausencia de apoyo social, carencia de formación en el manejo entre el manejo de relación-paciente y una problemática latente en la formación que propende por curar a corto tiempo los síntomas, pero que no conlleva a un cuidado.

Por su parte, en el entorno laboral los factores estresores latentes versan sobre: ausencia de tiempo para realizar labores, ausencia de trabajo en equipo, carencia en la formación del manejo de personal y la corrupción latente

en el sistema que conlleva al nombramiento de responsables a cambio de favores políticos, razón por la cual la calidad profesional se disminuye y se deja de lado los méritos de los profesionales de la salud ([Medina, Sarti y Quintanar, 2010](#)).

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible comprender la importancia que tiene el proceso educativo y de formación en la prevención de los factores personales, interpersonales y laborales que pueden afectar la salud mental del prestador de servicio de salud y que de no ser tratados conllevan a un desenlace fatal en la calidad de vida del médico. También, la formación como profesional de la salud debe velar por el fortalecimiento y fomento de los factores protectores brindándole herramientas al futuro trabajador y propendiendo por prácticas preventivas dentro del entorno laboral; particularmente, la búsqueda de ayuda en los casos que se requiera.

Así, partiendo del ejemplo de la Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes (CSM-MR) se evidencia que este tipo de programas tienen un impacto positivo en la población médica, ya que disminuyó los intentos suicidas y mitigó los casos de suicidios durante los primeros 5 años de funcionamiento. Uno de los aspectos que se consideran fueron determinantes en estos resultados favorables consiste en la adecuada y oportuna identificación de los trastornos mentales y síntomas de alerta, el trabajo conjunto con entidades de salud mental y el acompañamiento multidisciplinario. Lo anterior, es sin duda uno de los pasos que debe seguir el Plan Decenal de Salud Pública, cuestión que, se considera utópica en la medida en que está inmerso en un desinterés nacional.

10. Entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos generales

Las entrevistas que se presentan a continuación permiten evidenciar la realidad actual de los médicos y posibilitan al lector una aproximación directa de la experiencia de cada uno de los entrevistados. Estas entrevistas son semiestructuradas y fueron realizadas por [Jiménez y Arenas \(2017\)](#) a médicos generales que han atendido a pacientes con estados depresivos. Los verbatums más relevantes son los siguientes:

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

El servicio de urgencias es una cosita super chiquita. Son 4 camillas, si yo ocupaba las 4 camillas, ¡yaja los demás pacientes les tocaba quedarse fuera esperando, y eso era la catástrofe...eso era el pan de cada día...

llegaban muchos pacientes con depresión y con intentos de suicidas y no la remisión, ¡no!... Entonces fluoxetina pa! Todos).

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 ayudarle

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 tiene

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 ofrecerle

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

II. Conclusiones

El suicidio en los profesionales de la salud es una de las principales problemáticas más olvidada en el ámbito colombiano y lo más preocupante consiste en que son cifras que se encuentran actualmente en crecimiento. Lo anterior, a raíz de la naturaleza de su propia profesión, condiciones laborales y por la formación, los cuales se convierten en factores estresores que pueden afectar la salud mental de los profesionales de la salud. En este sentido, los factores protectores son los que viabilizan la construcción de estrategias de prevención, entre estas se encuentra: constitución de un vínculo afectivo sólido, actividad laboral o académica, constitución de grupos de apoyo y un adecuado seguimiento sobre la salud mental; convirtiéndose en medios por los cuales se puede disminuir el riesgo de intentos suicidas.

Por otro lado, los profesionales de salud que se encuentran desvinculados o con vínculos idealizados y con un carácter narcisista representan una población en riesgo en tanto que son susceptibles a las frustraciones o rupturas. Incrementando el riesgo a intentos suicidas en situaciones difíciles que, junto con la rabia, frustración e impulsividad hace que el suicidio sea de un riesgo alto.

En este contexto se hace relevante que las organizaciones y entidades prestadoras de salud implementen cambios orientados el bienestar del médico, en este caso, el Plan Decenal de Salud está en la obligación de garantizar las condiciones adecuadas para el trabajador del personal de salud. Para esto, se considera relevante que se escuchen las

experiencias de vidas y las vivencias laborales de los médicos por medio de grupos de discusión, reuniones para escuchar, y encuestas de texto libre, verdaderamente confidenciales, de líderes que pidan aportaciones sin evasivas.

Aunado a lo anterior, se debe propender por a disposición de escuchas en las organizaciones y propender porque la comunidad médica se oponga a métricas de desempeño y requisitos regulatorios, los cuales inciden de forma negativa en el personal y solo generan el incremento de factores estresores. Por el contrario, es menester constituir un pensamiento crítico respecto al entorno en el cual se ejecutan sus prácticas y, por ende, tener medios para poder demandar los recursos adecuados para la prestación de una atención médica de calidad. En otras palabras es relevante que los administradores visibilicen las necesidades, comprendan las aflicciones que padecen los médicos y propender por cambios verdaderos que mitiguen los factores que las impulsan.

Para ilustrar lo anterior, se considera oportuno poner como ejemplo los sucesos y consecuencias que implica que los médicos no escuchen a sus pacientes y que ignoren las circunstancias singulares, a saber: pasar por alto un diagnóstico oportuno y consecuencias terapéuticas importantes. De esta misma forma, cuando la organización ignora los llamados de los médicos y deja de lado las condiciones de salud mental y física a las que se encuentran expuestos los resultados serán desfavorables.

Por consiguiente, es importante que se generen acciones inmediatas en torno a esta realidad actual y se tome consecuencia sobre la vivencia de la mayor parte de profesionales de la salud que padecen en silencio las condiciones: laborales, sociales, familiares y personales; especialmente, al ser una población que se caracteriza por guardar silencio ante la enfermedad, ya que dentro de sus pares esto suele ser un tema tabú. Ciertamente, 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 tratamiento. ≡

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias bibliográficas

1. ABDUCA, Ricardo. Karl Marx: acerca del suicidio. Buenos Aires: Las Cuarenta. 2012.
2. ARCINIEGA, Rosa. Factores organizacionales causantes del estrés en el trabajo y estrategias para afrontarlo. *En*: Revista Venezolana de

- Gerencia, p. 611-634. <https://www.redalyc.org/pdf/290/29024892005.pdf>
3. ALBUQUERQUE Joy; TULK, Sonia. Physician suicide. In: CMAJ May 06 2019. vol. 191, no. 18. <https://doi.org/10.1503/cmaj.181687>
 4. CARDONA ARANGO, Doris; MEDINA-PÉREZ, Óscar Adolfo; CARDONA DUQUE, Deisy Viviana. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. July-September 2016. vol. 45, No. 3, p. 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.10.002>
 5. CORTÉS JIMÉNEZ, Jhon Henry. La organización del trabajo en el capitalismo global y su manifestación en la economía colombiana (1990-2014). Una aproximación desde el enfoque marxista, keynesiano y schumpeteriano. Para optar por el título de Magister en Economía. En: Medellín, Universidad Eafit. 2015. p. 1-107.
 6. De DIOS LLORENTE, José; JIMÉNEZ ARIAS, María. La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. En: Medisan. 2009 Vol. 13, No. 1, p. 1-14. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san10109.pdf>
 7. FERRÁDEZ PAYO, Miguel. Abraham y la melancolía: la teoría biológica. En: Aperturas Psicoanalíticas 2008. vol. 028 <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000391>
 8. FREUD, Sigmund. Malestar en la Cultura. Madrid: Biblioteca Nueva. 1973.
 9. LOZANO SERRANO, Carolina; HUERTAS PATÓN, Abigail; MARTÍNEZ PASTOR, Carlos; EZQUIAGA, Elena; GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA, Eduardo; RODRÍGUEZ, Francisco. Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. En: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2004. p. 12-22. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n91/v24n3a02.pdf>
 10. GUERRA, David. El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2006. vol. 24, No. 2, p. 142-146. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a14.pdf>
 11. HUERTA MORENO, María Guadalupe. El neoliberalismo y la conformación del Estado subsidiario. En: Política y cultura. 2005. p. 121-150. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n24/n24a06.pdf>
 12. JIMÉNEZ LÓPEZ, José Luis; ARENAS OSUNA, Jesús. Programa de prevención de suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de salud mental para médicos residentes. En: Revista Colombiana de Ciencias Sociales. 2016. vol. 8, no. 1, p. 226-240. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5846114>
 13. LACAN, Jacques. Psicoanálisis. Radiofonía & Televisión. En: 1997. Barcelona : Anagrama .
 14. LÓPEZ HERRERO, Luis -Salvador; PÉREZ, Ana. La cara oculta de la tristeza. En: Originales y Revisiones. 2001. p. 53-65. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n87/n87a04.pdf>
 15. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (3 de noviembre de 2020). Modelo de salud en Colombia. En: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimencontributivo/Paginas/regimen-contributivo.aspx>
 16. MEDINA, María; SARTI, Elena; QUINTANAR, Tania. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México DF: Academia Nacional de Medicina. 2015. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANMI50/L27_ANM_DEPRESION.pdf
 17. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. 2020.
 18. MORÁN, Jesús. Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. En: Revista Española de Neuropsicología. 2008. vol. 118, p. 385-403. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n118/13.pdf>
 19. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención del suicidio. 2008.
 20. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD . (9 de septiembre de 2019). Suicidio . Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 21. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Prevención de la conducta suicida Washington D.C: Organización Panamericana de Salud. 2016.
 22. PINZON-AMADO, Alexander; GUERRERO, Sonia; MORENO, Katherine; LANDÍNEZ, Carolina; PINZÓN, Julie. Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. En: Revista Colombiana de Psiquiatría. 2013. vol.43, no. 1 p. 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.005>
 23. PUJANTE, David. La melancolía hispana, entre la enfermedad, el carácter nacional y la moda social. En: Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2008. p. 401-418. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v28n2/v28n2a12.pdf>