«No nos imaginamos cómo pueden ayudar unas palabras amables a alguien en riesgo de suicidio»

Ana González-Pinto, jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Araba, investigadora y catedrática de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU)

Por Francisco Cañizares de Baya | 14 de septiembre de 2023

Imagen: Hospital Universitario Araba

El suicidio, señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), "es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes". Hacerle frente requiere de estrategias globales, apuntan los especialistas, y de otras dirigidas a grupos específicos. Uno de estos colectivos son los médicos, que registran tasas de suicidio superiores a los de la población general, según los datos de la Organización Médica Colegial (OMC). Ana González-Pinto, directora científica del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (Cibersam) e investigadora del Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba, es **una de las pioneras en el estudio del suicidio en el ámbito médico**. A su faceta investigadora suma la clínica y la docente: es jefa de Psiquiatría del Hospital Universitario Araba y catedrática de la Universidad del País Vasco (UPV-EHU). **González-Pinto reclama en esta entrevista la necesidad de planes nacionales como los aplicados en los países nórdicos que impliquen a profesionales de todos los ámbitos y a la sociedad en general para atajar la lacra del suicidio**.

¿Por qué los médicos tienen más riesgo de suicidio?

Hay profesiones que conllevan un mayor estrés que otras, y la medicina es una de ellas. Estamos en contacto con el sufrimiento humano, y por mucho que intentes circunscribirlo a la parcela laboral, todo te afecta de alguna manera. No obstante, hay que puntualizar que el riesgo general de suicidio es pequeño, aunque sí es más elevado que en la población general. Cuando alguien es vulnerable, el estrés y el sufrimiento pueden hacer que lo sea más todavía. Pero la medicina es una actividad muy vocacional y en ese sentido puede ser un factor protector.

¿En qué sentido?

Dedicarte a algo que te gusta, volcarte en el trabajo, el entusiasmo y las ganas de ayudar también protegen. Es la otra vertiente de la profesión. Cuando alguien está bien, probablemente lo bueno supere a lo malo.

¿Hay especialidades médicas con un riesgo mayor que otras?

No hay muchos estudios al respecto para hacer un desglose por especialidades que sea significativo, pero sí parece que hay algunas que tienen un riesgo mayor: odontólogos, psiquiatras, algunas ramas de la cirugía… La psiquiatría entraña cierto riesgo porque tienes una relación constante con el sufrimiento humano, pero también hay otras especialidades que son muy duras.

Usted ha investigado el suicidio en la profesión médica. ¿Cuál fue la conclusión de la investigación?

El resultado nos sorprendió porque había más suicidios en médicas que en médicos. Entre las médicas el riesgo de suicidio se multiplicaba por siete con respecto a las mujeres en general. La investigación la hice con María Irigoyen a partir de los datos de defunciones recogidos por la Organización Médica Colegial (OMC) y abarcaba el periodo 2004-2014.

¿Cuál es la razón de que afectara más a las médicas?

Probablemente eran mujeres sometidas a un mayor estrés derivado de las obligaciones profesionales y domésticas. La carga de la mujer trabajadora es importante y la de la médica también, porque hay que hacer guardias de 24 horas y asumir un trabajo intenso. Hay que tener en cuenta que los datos del estudio se circunscriben a un periodo donde había menos bajas paternales y maternales que ahora por distintos motivos, y eso repercutía en la presión a la que estaban sometidas las médicas.

¿Qué otros aspectos debería contemplar esa estrategia?

Es importante el tratamiento adecuado de la depresión, la prevención en las escuelas, la ayuda de la comunidad a las personas en riesgo, la sensibilización y formación de los profesionales, el abordaje de la pobreza y la soledad o el trabajo conjunto con la judicatura, porque los médicos forenses pueden tener relación con personas que requieren ayuda en un determinado momento. Por otra parte, en el suicidio es clave una intervención multidisciplinar.

¿Qué profesionales deben participar?

En el ámbito sanitario todos, no solo psiquiatría y psicología. Son necesarios los profesionales de atención primaria y diría que todas las especialidades. Son tantos los aspectos que implica el suicidio que afecta a muchos profesionales y a la sociedad en general. Evitar muertes por suicidio es un trabajo arduo que requiere presupuestos y hay que ponerse a ello porque sí se puede prevenir. Hay que tener en cuenta que cualquier muerte es dura, pero la del suicidio lo es doblemente porque es una muerte no esperada. No se da una enfermedad física que la justifique y resulta muy difícil de entender para la familia porque genera sentimientos de culpa.

¿Cómo valora los resultados de las iniciativas de prevención que se han tomado hasta ahora, como la línea de atención a la conducta suicida que puso en marcha el Ministerio de Sanidad, los planes autonómicos, de áreas de salud u hospitales?

Es pronto para saberlo porque desde que se toma una medida hasta que se mide el efecto tiene que pasar bastante tiempo. El suicidio se mide con las cifras de casos anuales, pero en realidad hay que evaluar las tendencias que se perciben a largo plazo.

¿Hay referencias internacionales de éxito al respecto?

En los países del norte de Europa tienen estrategias que llevan más tiempo y han logrado disminuir los casos; también es cierto que su punto de partida era peor. En España estamos en una meseta, de momento no conseguimos bajar, pero confiamos en que alcanzamos el mismo resultado que en los países escandinavos.

Además de la atención a la persona en riesgo, ¿hay que intervenir en el ámbito familiar o laboral?

Por supuesto, porque la familia en nuestro medio es un sostén absoluto en muchos aspectos, desde el económico al emocional. Ese papel que juega la familia en los países del sur de Europa es una ventaja frente a otros entornos. Quizá esa es una de las razones por la que las tasas de suicidio también son menores en el sur de Europa que en el norte. Aprovechar ese tejido social es muy importante porque el suicidio es un problema de todos y la prevención está en el trabajo de todos. No nos imaginamos el alcance que puede tener unas palabras amables para alguien que sufre y cómo pueden ayudarle si está en riesgo de suicidio.

¿Por qué es tan difícil la prevención?

La decisión de última hora que se da en muchos intentos de suicidio hace que no todos los casos puedan evitarse. Si la decisión es un acto impulsivo, es muy difícil prevenirlo. Lo que pasa es que muchas veces ha habido signos de alarma, síntomas depresivos, problemas de soledad, ansiedad, consumo de sustancias... Cuando aparecen estos factores sí se puede intervenir de manera efectiva. Si pensamos en los intentos de suicidio que no son impulsivos, sí podemos hacer una prevención mejor.

¿En qué ámbitos se puede intervenir?

Por ejemplo, en el abordaje de la soledad. Muchas de las personas que se suicidan están muy solas y no se detectan estos casos. Por otra parte, hay estudios donde se ve que tratando bien la depresión disminuyen las tasas de suicidio.

¿En los intentos de suicidio en la profesión médica influye el acceso a determinados medicamentos?

Hay otros factores más importantes como el acceso a puentes, viaductos o vías del tren que no tienen barreras físicas. Por supuesto que hay suicidios consumados con medicamentos, pero los hay con otros métodos más violentos. En las ciudades hay puntos calientes y sabemos que poner barreras ayuda a la prevención.

¿Es algo que le transmiten también las personas que han protagonizado algún intento?

A veces hablo con personas que han llevado a cabo tentativas muy graves y no han vuelto a intentarlo en muchos años, y que al recordar el episodio dicen: "Fue un momento de desesperación donde no veía ninguna salida, pero ahora veo que fue un error". Uno puede querer suicidarse hoy y mañana no. Por eso es importante hablar con las personas que tienen cierto riesgo para que pospongan esa decisión, pidan ayuda y lo dejen para mañana. Lo que se siente en un momento no es lo que se puede sentir dentro de tres horas o de diez días.

Por la magnitud de las cifras de muertes por suicidios estamos ante un problema de salud pública. ¿Considera necesario un plan nacional como los que se han hecho para abordar otros problemas de salud?

Sí porque, aunque existen estrategias en algunas comunidades como el País Vasco, Madrid o la Comunidad Valenciana, hay otras donde no las hay. Además, las medidas contempladas en los planes de prevención necesitan un despliegue, requieren años y medios económicos para implantarlas. Por ejemplo, poner barreras en puntos calientes no se hace en seis meses. Una estrategia global plantea intervenir en muchos ámbitos, ese es su valor.

En las cifras globales se registran más muertes en hombres que en mujeres. ¿Por qué?

Hay factores de distinto tipo, algunos biológicos que tienen que ver con nuestros genes. En las mujeres priman factores protectores, sobre todo en la época reproductiva. Buscan el bienestar de la descendencia antes que el suyo propio y esto puede frenar el suicidio. Por otra parte, tienden a utilizar métodos menos violentos y eso en ocasiones facilita que se pueda intervenir antes de que se consume la tentativa.

El Servicio Telemático de Apoyo Psicológico a Estudiantes de Medicina ha recibido 177 peticiones de ayuda psicológica en su primer año de funcionamiento, cuando hay 43.000 estudiantes de medicina. ¿A qué puede atribuirse que tenga tan escasa demanda?

Una razón puede ser la tendencia entre los médicos y entre los futuros profesionales a autogestionar el sufrimiento y también el miedo al qué dirán. Para sortear este temor, los colegios de médicos tienen implantado el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) que intenta sacarlo del circuito asistencial normal para que no se sienta estigmatizado. Lo que está claro es que la mejor herramienta frente al suicidio es la prevención e intentar que en el propio entorno y en los centros de trabajo haya grupos que acojan a las personas que necesitan ayuda para detectar el problema cuanto antes.

Es paradójico que los profesionales encargados de gestionar recursos asistenciales para la población general no accedan a ellos para evitar un suicidio. ¿Quién cuida a los que nos cuidan?

Es un clásico en la profesión, no es un fenómeno actual. Aparece reflejado en textos del siglo XIX y de principios del siglo XX. Entonces ya se veía que había médicos con un gran sufrimiento que tendían a automedicarse y a no buscar ayuda en el otro, que sería lo ideal. Esa tendencia en muchos casos se ha perpetuado. El que tengamos conocimientos médicos hace que ante una situación de ansiedad o de depresión tendamos a autogestionarla.

¿Este problema también se detecta en los futuros profesionales, en los MIR?

Sí, y ya se está empezando a hablar del estrés que supone el primer contacto con el mundo profesional y de las tasas más elevadas de sufrimiento e intentos de suicidio que conlleva. Se están planteando intervenciones de apoyo para los grupos de MIR y espero que lleguen pronto. Necesitamos herramientas para detectar esos riesgos y poder dar apoyo a las personas que sufren. La prevención es la vía.