



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

Asociacion Colombiana de Psiquiatria.

Múnera-Restrepo, Laura Milena; Uribe-Restrepo, Lucia; Yepes-Delgado, Carlos Enrique

Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana

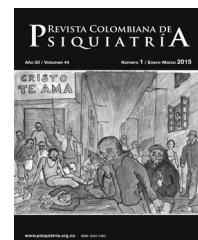
Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 47, núm. 1, 2018, Enero-Marzo, pp. 21-31

Asociacion Colombiana de Psiquiatria.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.002>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80658479005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Artículo original

Significado del síndrome depresivo para médicos generales en una región colombiana



Laura Milena Múnera Restrepo, Lucia Uribe Restrepo y Carlos Enrique Yepes Delgado*

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de septiembre de 2016

Aceptado el 4 de enero de 2017

On-line el 21 de febrero de 2017

Palabras clave:

Síndrome depresivo
Atención médica
Significado
Sufrimiento
Estudio cualitativo

R E S U M E N

Objetivo: Comprender los significados que el síndrome depresivo tiene para algunos médicos generales en ejercicio clínico en una región colombiana.

Métodos: Se asumió el enfoque cualitativo como guía para esta investigación utilizando la teoría fundamentada para la descripción, el análisis y la interpretación de 20 entrevistas semiestructuradas dirigidas a médicos generales que hubieran atendido a pacientes con síndrome depresivo.

Resultados: En las entrevistas resaltan algunos elementos indispensables, como: «ver más allá de un cuerpo», donde se refleja el interés del médico por individualizar cada caso de cada paciente porque, aparte de que tengan la misma enfermedad, sabe que no a todos se debe abordar ni tratar por igual. En «De insignificante a terrorífico» se observa que el entramado de vivencias, experiencias, emociones y anhelos que hacen parte del médico se reflejan en la compasión que este tenga del paciente con depresión, situación que hace que como ser humano afronte el sufrimiento del otro; en contraposición, aparece el «Verse atado de manos» respecto al sistema de salud, que dificulta la adecuada atención de estos pacientes y genera un sinsabor en el médico tratante.

Conclusiones: El escenario maleable e inacabado en el que interactúa el médico con el síndrome depresivo le permite saberse humano mientras reflexiona en relación con cada una de las potencialidades, las limitaciones, los significados, las actitudes y los comportamientos que tiene ante esta entidad nosológica, lo que se ve reflejado en la habilidad de los médicos generales para diagnosticar y tratar la depresión, que no necesariamente se asocia con la edad o la experiencia en la práctica. No obstante, se puede reducir los errores en la atención con un conocimiento vasto y un enfoque apropiado de la enfermedad mental.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: caenye@outlook.com (C.E. Yepes Delgado).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.002>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Meaning of Depressive Syndrome for General Practice Physicians in a Colombian Region

A B S T R A C T

Keywords:
 Depressive disorder
 Health care
 Meaning
 Mental suffering
 Qualitative research

Objective: To determine the perception that some general clinical practitioners have about depressive syndrome in a region of Colombia.

Methodology: The qualitative approach was established as a basis for this study using grounded theory for the description, analysis, and interpretation of data collected in 20 semi-structured interviews aimed at general medical practitioners who had treated patients with depressive syndrome in their clinical practice.

Results: Throughout the interviews, some essential elements are highlighted such as: "seeing beyond a body," where the interest of the physician is reflected by individualising each patient case because regardless of having the same disease, knowing that not all can be addressed or treated equally. "From insignificant to terrifying" shows that the network of experiences, experiences, emotions, and desires that make up part of the physician, are reflected in the compassion that he has for patient with depression, a situation that makes him confront as a human being before the suffering of others. In contrast appears the "my hands are tied" with a health system that prevents proper care of these patients, and generates problems for the treating physician.

Conclusions: The malleable and unfinished scenario where the physicians interact with the depressive syndrome, allows them to understand their humanity while reflecting on the possibilities, limitations, meanings, attitudes and actions that they have about this disorder that is reflected in the ability of general physicians to diagnose and treat depression that is not necessarily associated with age or experience in practice. However, errors in care can be reduced with sufficient knowledge and an appropriate approach to mental illness.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se considera el síndrome depresivo como un cuadro clínico, en el que confluye gran cantidad de signos y síntomas, que presenta una alta prevalencia en la población general. Puede aparecer en cualquier grupo etario, y en él influyen diversos factores que pueden precipitar su aparición. Debido a la complejidad de los síntomas, la discapacidad que genera, los costos que tiene para la sociedad y el empeoramiento de la calidad de vida de las personas, algunos investigadores se han interesado en identificar los factores asociados a este síndrome^{1,2}, sus causas y consecuencias³ y el tratamiento más adecuado.

Entre los factores que impactan en la calidad de la atención de los pacientes con síndrome depresivo en Colombia, se reconocen las barreras que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud⁴, el cual «pese a señalar los principios de equidad, obligatoriedad, integralidad y calidad—ha mostrado dificultades con el sistema de referencia y contrarreferencia, limitaciones en la prestación de los servicios e insuficiente énfasis en programas de promoción y prevención de los problemas para la salud mental⁵.

Otros factores incluyen los insuficientes conocimientos científicos y técnicos con que cuenta el médico, tanto que se ha discutido el papel de la formación académica de estos profesionales en cuanto a la salud mental⁵, puesto que se ha observado que en los primeros niveles de atención falta

diagnóstico oportuno de los trastornos mentales y el inicio de tratamientos adecuados. La Organización Mundial de la Salud⁶ puso en consideración el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, dirigido a mejorar y ampliar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias para convertirlas en atenciones prioritarias.

Dadas las altas tasas de depresión en Colombia², es indiscutible que todos los médicos, ya sea en el ámbito personal o en el familiar, social o profesional, han interactuado con personas que padecen esta enfermedad. Tales vivencias, pasadas por la conciencia y la reflexión del médico, han derivado en la construcción de significados e interpretaciones sobre este síndrome, los cuales finalmente determinan la capacidad de entender y resolver los problemas que se plantean en la consulta, al igual que la calidad de la atención que el profesional brinda a las personas que ven afectado su entorno biopsicosocial debido a este conjunto de signos y síntomas⁷.

Diversas publicaciones han recomendado mejorar la intervención en los trastornos mentales a partir de la promoción de la salud mental y la prevención⁸⁻¹⁰. Hay estudios que hablan del estigma social que esta enfermedad conlleva y el impacto que tiene en la atención a los pacientes¹¹; otros trabajos han estudiado incluyendo a enfermos mentales la comunicación del médico con los pacientes y su impacto en el tratamiento y la adherencia a este¹²; específicamente en Colombia, se han ejecutado proyectos evaluativos de las cualidades de los médicos y los conocimientos sobre las enfermedades mentales, los

causantes de las falencias en virtudes y la calidad de la formación universitaria¹³⁻¹⁵. Aun así, no se ha estudiado mucho el significado y el impacto de la depresión en los médicos generales con base en las experiencias y las vivencias.

Este estudio pretende comprender los significados que los médicos generales han construido sobre el síndrome depresivo partiendo de las experiencias que hayan tenido. Esto con el fin de acercarse a una explicación relacionada con los comportamientos que asume el médico general cuando se encuentra de cara con el síndrome depresivo y el impacto que generan estos en la atención y la resolución del problema por el cual el paciente consulta.

Métodos

Desde un enfoque cualitativo¹⁶ y utilizando algunas técnicas de la teoría fundamentada¹⁷, acompañada de una revisión bibliográfica continua, se llevó a cabo la descripción, el análisis y la interpretación de los datos¹⁸ obtenidos de 20 entrevistas semiestructuradas¹⁹ a personas que hasta 2014 hubieran ejercido como médicos generales en servicios de primer y/o segundo nivel de atención en salud, con experiencia mínima de 1 año y que hubiesen atendido a personas con síndrome depresivo. Fueron seleccionados mediante muestreo por conveniencia inicialmente y luego por muestreo teórico¹⁷. Este estudio tiene el aval ético de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El análisis de los datos fue sistemático, interactivo e iterativo entre datos, análisis, recolección, etc., en 3 momentos vinculados entre sí: el descriptivo, el analítico y el interpretativo, teniendo en cuenta los momentos desarrollados por Strauss et al.¹⁷, denominados codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva respectivamente²⁰.

Se usó la codificación abierta al realizar un microanálisis de los datos, es decir, se hizo un análisis «línea por línea» de cada una de las transcripciones de las entrevistas, descomponiéndolas en incidentes, ideas, acontecimientos y actos discretos significativos, a la luz de los objetivos de la investigación; luego se les asignó un código en sustantivo para representar lo expresado en las palabras del entrevistado¹⁷.

Durante el proceso de conceptualización y en busca de similitudes y diferencias, se compararon los códigos emergentes y los que se consideraron conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado, y se agruparon en conceptos más abstractos formando lo que se conoce como «categorías descriptivas»¹⁷.

Al terminar las primeras 10 entrevistas, fue posible identificar que algunas de las categorías contaban con poca descripción de sus atributos internos, lo que llevó a la búsqueda de variabilidad en la información y que finalmente se realizara una segunda tanda de entrevistas con base en el muestreo teórico. Mientras tanto, se relacionaron las categorías descriptivas entre sí, lo que dio paso al momento analítico con el que se buscó construir relaciones a fin de formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos¹⁷.

Como instrumento esencial en la codificación, se utilizó la «matriz paradigmática»¹⁷, y con ella se logró hacer una relación compleja entre las categorías que surgieron de

la codificación abierta, en la que unas emergían como el fenómeno y otras, como subcategorías que representaban el contexto de ese fenómeno, sus condiciones o causas, las acciones/interacciones o las consecuencias como el resultado de las acciones/interacciones.

Las relaciones que se vislumbraron en la codificación axial apuntaban a que había 3 fenómenos o categorías significativas que gozaban de saturación teórica^{17,21}, lo que dio lugar al momento interpretativo de la investigación o codificación selectiva.

Con el ánimo de explicar la relación entre las categorías analíticas provisionales, se elaboraron diferentes diagramas integradores, que resultaron en un esquema teórico basado en la matriz condicional/consecuencial que proponen los autores¹⁷, lo cual permitió reflejar y conectar elementos del contexto, causas, consecuencias y del proceso de acción/interacción a niveles macro, meso y micro del significado que han construido los médicos generales en relación con el síndrome depresivo. Finalmente, estos hallazgos se pusieron en discusión con un psiquiatra estudioso de las brechas existentes entre el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales en Colombia mediante una entrevista no estructurada y en relación con la literatura científica que se había revisado en el proceso analítico.

Resultados

Este estudio se completó con 20 entrevistas, obtenidas de 19 personas: 13 varones y 6 mujeres. Las edades de los entrevistados estaban entre 24 y 61 (media, 38,4) años. Todos los informantes eran médicos egresados de universidades colombianas: 15 de universidades públicas y 4 de universidades privadas, y contaban con experiencia clínica de una media de 12,8 (intervalo, 1,5-34) años. Quince de los entrevistados indicaron que el servicio donde mayor experiencia tenían era consulta externa y adicional a la formación de pregrado, 5 de ellos con formación en posgrado en Salud Pública, Salud ocupacional, Educación, Ginecología y Psiquiatría, aunque es importante anotar que sus aportes a las entrevistas fueron desde su experiencia como médicos generales (tabla 1).

Del proceso de microanálisis de los datos recogidos en todas las entrevistas emergió un total de 2.632 códigos: 1.833 de la primera tanda y 799 de la segunda. Los códigos que resultaron de la fase descriptiva de los datos fueron agrupados por las similitudes que mostraban al compararlos entre sí. Estos grupos de códigos dieron lugar a las categorías descriptivas (en total, 7), cada una de ellas con unas propiedades al interior, que se agruparon nuevamente y se convirtieron en 21 subcategorías; estas se relacionaron entre sí haciendo uso de matrices paradigmáticas en el momento analítico y de una matriz condicional/consecuencial, que finalmente recogió el proceso interpretativo de este estudio.

Ver más allá de un cuerpo

Desde la experiencia vivida por los entrevistados, se observa que algunos han trascendido en la concepción que tienen de la persona con síndrome depresivo. Han pasado de considerarlas como parte de un conjunto de pacientes, con ciertos

Tabla 1 – Características de los informantes

Entrevista	Sexo	Edad (años)	Naturaleza de la Universidad	Experiencia clínica (años)	Servicio de mayor experiencia	Formación de posgrado
E1*	Varón	27	Pública	3	Consulta externa	No
E2	Mujer	57	Pública	31	Consulta externa	S. pública
E3	Varón	56	Pública	31	Hospitalización	Ginecología
E4	Varón	26	Pública	1.5	Consulta externa	No
E5	Mujer	54	Privada	29	Consulta externa	Psiquiatría
E6	Varón	28	Pública	1.5	Consulta externa	No
E7	Varón	28	Privada	2.5	Urgencias	No
E8	Varón	61	Pública	34	Consulta externa	No
E9	Varón	51	Pública	20	Consulta externa	No
E10	Mujer	26	Pública	2	Consulta externa	No
E11	Varón	26	Pública	2	Consulta externa	No
E12	Mujer	28	Pública	2	Urgencias	No
E13	Mujer	26	Pública	3	Hospitalización	No
E14	Varón	52	Pública	22	Consulta externa	Educación
E15	Varón	31	Pública	2.5	Consulta externa	No
E16	Varón	24	Privada	3	Consulta externa	No
E17	Varón	47	Pública	21	Consulta externa	No
E18	Varón	55	Privada	30	Consulta externa	S. ocupacional
E19*	Varón	27	Pública	3	Consulta externa	No
E20	Mujer	28	Pública	3	Hospitalización	No

síntomas que los aquejan y que requieren una sustancia para controlar las molestas manifestaciones, al hecho de que cada uno de ellos es un «mundo» y, por lo tanto, requieren una atención personalizada. Sin embargo, la experiencia laboral que les ha generado estas reflexiones también les ha permitido apreciar que la atención diferenciada que requieren estos pacientes está limitada por las condiciones que detienen el actuar médico en la realidad histórica de Colombia. Y estas condiciones están dadas por la cultura, los problemas socio-políticos, la capacidad resolutiva de la institución donde se desempeñan y el tipo de pacientes que atienden: «Yo tengo un familiar muy cercano con un trastorno del ánimo, y eso me ha llevado a ser más sensible con los pacientes que tienen síntomas depresivos y a pensar más allá de la enfermedad [...]]; por ejemplo, donde yo hice el rural son pacientes que simplemente tienen que aprender a vivir con la enfermedad» (E4P5). «El servicio de urgencias es una cosita superchiquita. Son 4 camillas, si yo ocupaba las 4 camillas, ¡ya!, a los demás pacientes les tocaba quedarse fuera esperando, y eso era la catástrofe [...]. Eso era como el pan de cada día, [...] llegaban muchos pacientes con depresión y con intentos suicidas y no la remisión, ¡no! [...] Entonces, fluoxetina pa' todos! Para trastorno de estrés postraumático, para el esquizofrénico también, todo eso era fluoxetina» (E12P5).

Para los participantes de la investigación el síndrome depresivo es un compilado de sensaciones y manifestaciones corporales, conductuales y emocionales que dan pie a la aparición o exacerbación de diferentes enfermedades orgánicas, entre las que se destacan afecciones del sistema inmunitario, enfermedades que generan dolor, enfermedades cardiovasculares y farmacodependencia, pero también tiene impacto social, como disminución de la capacidad laboral, alteración del relacionamiento social e incluso suicidio. Además aparece una serie de situaciones que tienden a generar afecciones de índole mental y otras que, si bien no son noxas en sí mismas, por la interpretación que el sujeto hace de ellas, conllevan una

alteración afectiva muchas veces manifiesta en el síndrome depresivo.

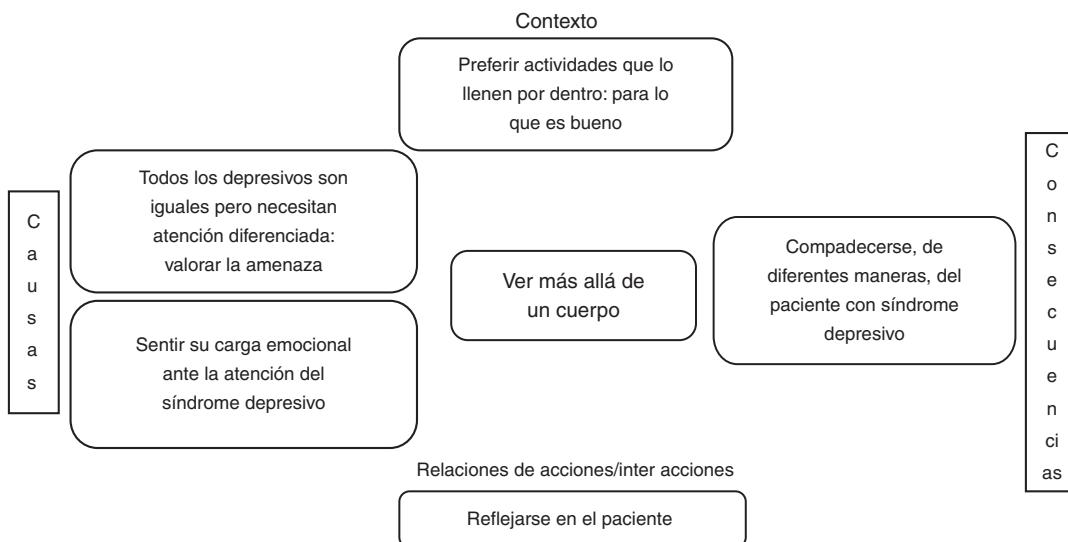
«Desde que uno empieza, desde los principios desde la universidad, a mirar pacientes y a escuchar patologías y a escuchar personas hablando de sus enfermedades, uno ya identifica cierta asociación de la enfermedad orgánica con la enfermedad mental, incluido en gran porcentaje el trastorno depresivo mayor» (E6P3).

Este panorama lleva a estos médicos a cuestionarse las capacidades que tienen para ayudar, comprender y ahondar en el sufrimiento del otro y mejorarlo, y a seguir a pesar de todo, por lo que retoman los aprendizajes obtenidos de sus experiencias de vida y los ponen al servicio del paciente, a quien ven más allá de un cuerpo: «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» (E17P11) (fig. 1).

De insignificante a terrorífico: valoración del síndrome depresivo

Los médicos entrevistados han estudiado teóricamente el síndrome depresivo y lo han podido evidenciar en la práctica profesional. Otros incluso lo han vivido desde otras perspectivas, ya sea como familiar, cuidador, amigo o incluso como paciente.

«Yo sufrió de depresión, y pues esa depresión me llevó a unos estados muy duros, muy difíciles, con toda la sintomatología que tiene la depresión, tomé medicamentos antidepresivos, pero eso era un estado en mi propia búsqueda que me llevó más adelante a entender qué era el origen, cómo hacerlo, y en este momento no, pues ya la depresión en mi vida hace rato que ha desaparecido... Una de las cosas que a mí me parecía riquísimo, después de que yo ya pude salir de ese momento depresivo, era que yo ya no hablaba a través de conocimientos científicos, sino a través de mi propia experiencia, yo ya podía

**Figura 1 – Ver más allá de un cuerpo.**

hablar desde mí y enseñarle a la gente todo lo que yo había podido aprender para que ellos pudieran empezar a mirar cuáles elementos deberían tener para poder salir también de ahí» (E2P3).

Cuando los deseos de ayudar de estos médicos se encuentran de cara con las limitaciones con que deben lidiar en su práctica, se ven atados de manos, y por ello atribuyen diversas estimaciones al síndrome depresivo que van de insignificantes a terroríficas, con base en la valoración que hagan de la experiencia que han tenido y de las capacidades con que cuentan para actuar en ese escenario, buscando cumplir con su ideal de ser médico. «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» (E6P2) (fig. 2).

Verse atado de manos

Las limitaciones que los entrevistados han tenido van desde los gustos y habilidades personales hasta las condiciones socioculturales, pasando por la calidad de la capacitación académica y las condiciones impuestas por el sistema de salud. Dichas limitaciones se visibilizan al comparar la realidad que viven con las fantasías y anhelos que los llevaron a ser parte de este gremio, pero al no encontrar eso en su práctica, se generaron diferentes sensaciones que en conjunto conformaron la carga emocional que tenían ante la atención del síndrome depresivo, que se exacerbaba al sentirse constantemente evaluados e incluía tristeza, impotencia, angustia, culpa y sufrimiento: «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» (E13P3).

Y ante las impresiones que resultan en estos médicos al pensar y enfrentarse al síndrome depresivo, sueñan con oportunidades para atender a las personas que lo viven y lo

reconocen como utopía, pero a su vez esperan que se haga realidad mientras hacen lo que más pueden por sus pacientes y utilizan lo que tengan para cuidar a sus seres queridos: «A mí no me desesperan los pacientes psiquiátricos; lo que me desespera es el tiempo. [...] Pero me parece gratificante pensar que le pude diagnosticar una enfermedad que de pronto le va a ayudar el resto de su vida. Porque, yo sé que si yo lo trato de ayudar en su depresión, toda la vida le va a cambiar a él, todo; va a poder mejorar sus relaciones interpersonales, su trabajo, todo. Entonces, eso a mí me hace sentir como... más bien como esperanzada, como “¡Ay, ojalá que le funcione!”, ojalá que sí haya dado con el diagnóstico y ojalá que sí siga el tratamiento. Porque, como no se ven los resultados inmediatamente, siempre es como que ojalá que sí me haya hecho caso» (E12P8) (fig. 3).

Finalmente, es posible relacionar todos los puntos mencionados a través de una matriz condicional/consecuencial, y con ella identificar que el significado que los médicos tenían en relación con el síndrome depresivo estaba determinado por relaciones a nivel macro, meso y micro del fenómeno en estudio (fig. 4).

Discusión

Ver al paciente depresivo más allá de su enfermedad

El médico es un profesional comprometido con la ciencia médica y los enfermos. La sociedad ha depositado su confianza en él porque científicamente se encuentra preparado para atender las diversas enfermedades. En consecuencia, el médico gestiona el conocimiento científico en todos los aspectos: debe aplicarlo (haciendo asistencia), debe profundizarlo (haciendo investigación) y debe transmitirlo (enseñando a aquellos que están en periodo de aprendizaje). Su compromiso alcanza a una formación científica de calidad que le permita contribuir al avance de la ciencia médica y aplicar los mejores medidas y principios de la práctica clínica²².

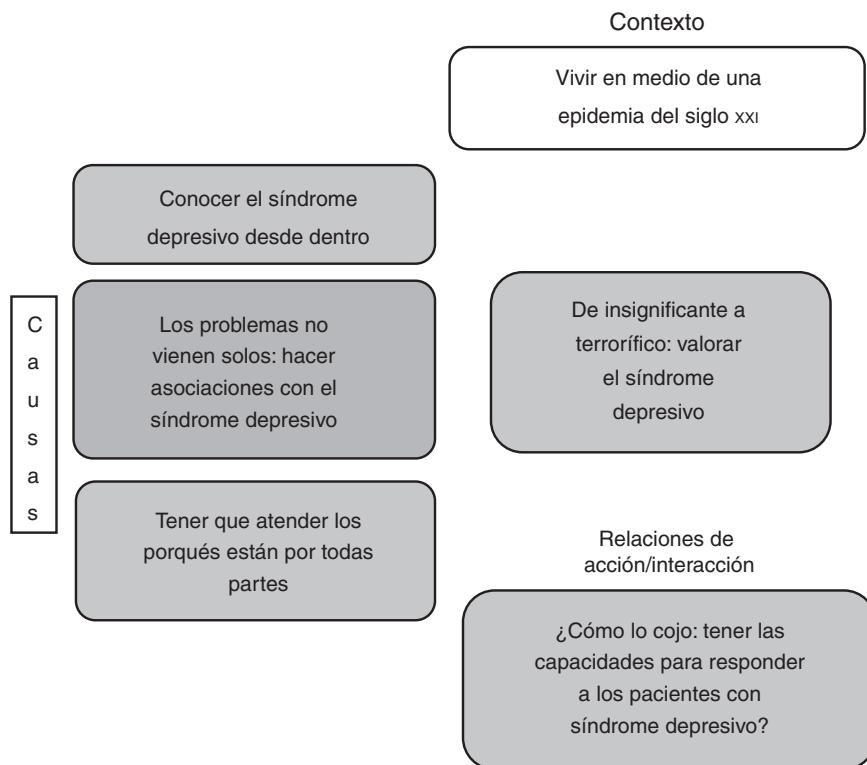


Figura 2 – De insignificante a terrorífico: valorar el síndrome depresivo.

Desde la Fundación Educación Médica se propone que la formación en medicina debe apuntar a que los médicos traten a los enfermos y no las enfermedades, que tengan actitud crítica, que sean comunicadores y empáticos, responsables individual y socialmente, que tomen buenas decisiones para el paciente y para el sistema, que sean líderes del equipo asistencial, competentes, efectivos y seguros, honrados y confiables, comprometidos con el paciente y la organización, y

que vivan los valores del profesionalismo²³. Pero para que los médicos cumplan dichas expectativas, conviene que estén educados en valores²⁴. Sin embargo, es evidente que este tipo de competencias, morales, éticas y personales exige un cambio de paradigma educativo, para el que estamos pobemente preparados²³.

Al respecto, los participantes de esta investigación mencionaron que, para que la consulta clínica sea de calidad, es

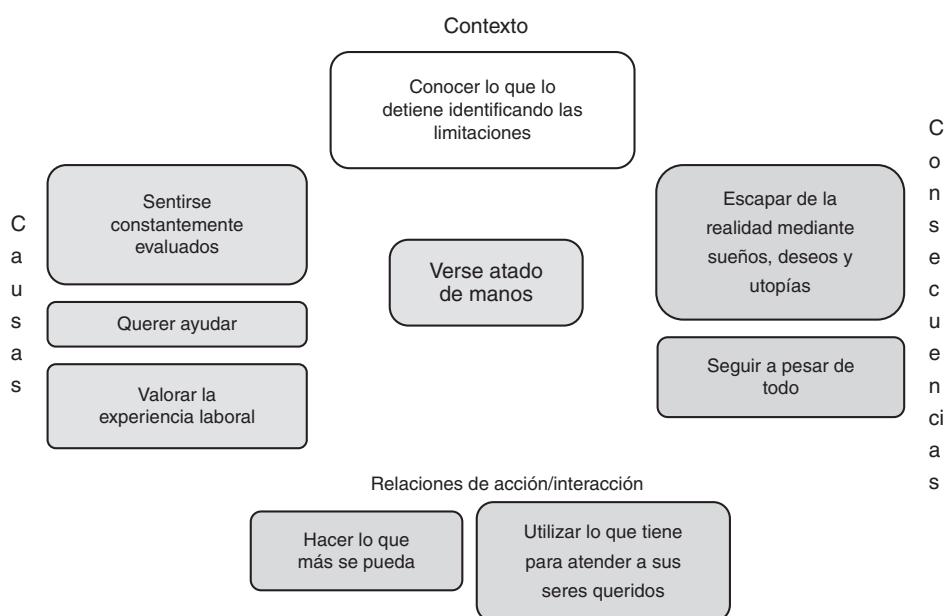


Figura 3 – Verse atado de manos.

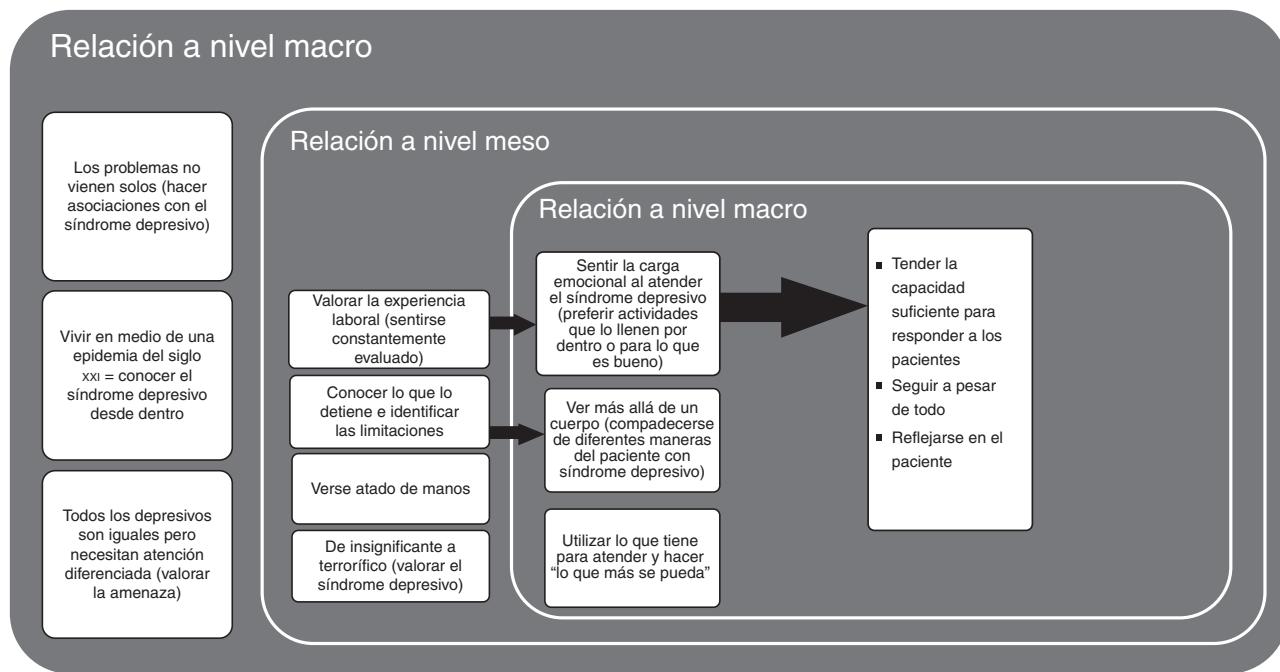


Figura 4 – Matriz condicional/consecuencial.

necesario tener los conocimientos, la sensibilidad y la habilidad suficientes para determinar un diagnóstico adecuado y un tratamiento oportuno, lo cual no depende exclusivamente de la academia, el entorno laboral o el tiempo de experiencia clínica.

El médico general ve y atiende la depresión desde diferentes perspectivas basado en la percepción que tiene de la enfermedad. Lo anterior —adquirido de experiencias con personas cercanas, pacientes o incluso propias, y el conocimiento y el reconocimiento de la enfermedad, que tiene un impacto no solo orgánico, sino también afectivo y social— finalmente determina su desempeño en ciertos escenarios y momentos de su vida.

«La teoría cognoscitiva de la personalidad se centra en cómo conocemos el ambiente y a nosotros mismos, en cómo percibimos, evaluamos, aprendemos, pensamos, tomamos decisiones y resolvemos problemas», como menciona Shultz²⁵. En esta investigación cobra sentido cuando los informantes relacionan las características de la personalidad como cruciales en el actuar médico, incluso en escenarios donde se espera que el comportamiento esté mediado casi exclusivamente por los aprendizajes obtenidos con su formación académica²⁶.

Valoración de la enfermedad desde lo empírico y lo académico

Sin embargo, la formación del médico no solo viene de la academia. El entorno familiar y social en que el médico se ha desarrollado como ser humano incentiva la construcción de su personalidad¹³. Ese es el caso de los participantes de esta investigación, que resaltaron que, por ejemplo, la religión que profesaban, lo armónico del lugar donde vivieron en su niñez

y la actitud de sus padres frente a la vida los equiparon de las virtudes con que fueron conformando su carácter^{13,27}.

Uno de los elementos más contundentes que aportan a la formación humana y que en ocasiones se aleja de la voluntad es la experiencia derivada de las vivencias que se han dado en el terreno de lo familiar, lo social y lo laboral, a las que los médicos se han expuesto en el devenir de sus vidas²⁸. Esto se relaciona enormemente con la estigmatización de los pacientes con base en lo conocido previamente, lo observado en aquel pariente, amigo o incluso en ellos mismos, hace que el médico responda ante las enfermedades pensando en dichos antecedentes y lo que estos le generaron¹¹.

Al respecto, se encuentra que la virtud no surge por naturaleza ni contrariamente a ella; más bien los humanos estamos adaptados por naturaleza para recibirla y con la práctica perfeccionarla, como comenta Aristóteles en su obra *Ética para Nicómaco*, por lo que el médico tiene que poseer una serie de cualidades del carácter que son necesarias para el ejercicio de la medicina e intervienen directamente en la relación médico-paciente: la fidelidad a la confianza de los pacientes, la compasión, la humildad, la sabiduría práctica, la integridad, la autocrítica, la justicia, la fortaleza, la templanza, etc.²².

En el caso de esta investigación, las vivencias reflexionadas y transformadas en narraciones condujeron al análisis de la influencia que las experiencias que los médicos han tenido como familiares, amigos, estudiantes, profesionales, observadores, cuidadores y pacientes ejercen en las actitudes y los comportamientos que asumen ante diferentes situaciones²⁴.

Entre las vivencias que integran el equipaje personal del médico general, se encuentran principalmente todos los acercamientos que de una u otra manera le han suscitado diversas emociones, las cuales, según las teorías cognitivistas, están constituidas por creencias, juicios y deseos²⁹. Ahora bien, gracias a la subjetividad³⁰, la experiencia de sufrimiento derivada

del síndrome depresivo permite a cada ser humano otorgarle un significado³¹, que puede estar enmarcado en alguna teoría o no, como en el caso de los participantes en este estudio, quienes revelaron varias cualidades de esta entidad, que oscilaron entre la experiencia más potenciadora de capacidades humanas y la experiencia más abominable jamás percibida.

Si miramos a nuestro alrededor en la historia, divisamos muchos caminos para salir al encuentro del sufrimiento. Percebimos el camino de la evasión hedonista del sufrimiento; el camino del embotamiento frente al sufrimiento, hasta alcanzar la apatía; el camino de la lucha heroica y de superación del sufrimiento; el camino de la represión del sufrimiento y de la negación ilusionista de él; el camino de la justificación, concibiendo todo sufrimiento como castigo; finalmente, el camino de la doctrina cristiana del sufrimiento^{32,33}. Todos estos caminos deben ser entendidos y estudiados por el médico, que tendrá que enfrentarse cotidianamente al sufrimiento del otro y tendrá que guiar su intervención basado en esa elección personal que realizó el paciente, pero también abriéndole las puertas de otras opciones a través del conocimiento científico y la empatía para lograr la mejor solución al problema del paciente.

De acuerdo con ese significado, cada médico identificó diferentes emociones que precedieron a los actos que llevó a cabo ante el síndrome depresivo. Por ejemplo, quienes lo temían evitaron enfrentarse a esta entidad nosológica y, por ende, remitieron al paciente sin hacerle ni una mínima intervención; quienes presentaron curiosidad dedicaron más tiempo a interrogar al paciente; quienes desconfiaron posiblemente ignoraron este tipo de signos y síntomas, y quienes habían aprendido a manejarla con la experiencia sintieron compasión por la situación que vivía el paciente e hicieron lo que más pudieron por ayudarlo a pesar de todo lo que, como médico general, debían enfrentar; porque «se puede vivir con depresión. De hecho, hay personas que gracias a su depresión descubren que pueden desarrollar una profundidad moral particular a partir de la experiencia, y esto, en última instancia, alivia de algún modo el sufrimiento»^{34,35}.

No obstante, sea cual fuere la actitud y el comportamiento que el médico general hubiera asumido ante el síndrome depresivo, estuvieron enmarcados en la búsqueda de su propio bienestar, derivada de la perspectiva hedónica o eudemónica³⁶, lo que finalmente convierte el encuentro médico-persona en un escenario maleable e inacabado que incita a sus protagonistas a reflexionar sobre cada potencialidad, limitación, significado, actitud y comportamiento que han asumido ante el síndrome depresivo, de modo que esta experiencia se aúne a sus aprendizajes significativos³⁷ y sirva de punto de partida para un nuevo proceso de acción-reflexión-acción³⁸ con el que se «transformen» el médico y su concepción del mundo.

Una entidad que genera vivencias de diversa intensidad emocional en los médicos, sin duda, es el síndrome depresivo, ya que podría decirse que todos han tenido contacto con él porque este conjunto de signos y síntomas está relacionado con diversos factores sociohistóricos, económicos, psicológicos, fisiológicos y patológicos que impregnán el entorno del médico, lo que a su vez convierte el síndrome depresivo en una epidemia del siglo XXI. Y debido a la alta prevalencia actual del síndrome depresivo y por las molestias que genera en el

individuo, uno de los lugares que la persona con depresión visita en busca de ayuda es la consulta médica³⁹. Con frecuencia, el paciente que presenta signos y síntomas de depresión espera que el médico alivie las manifestaciones de una alteración fisiológica, psicológica y/o social que está padeciendo y que se revela como síndrome depresivo. Esta entidad es conocida por el médico general desde la formación académica, pero en ocasiones no lo suficiente para cumplir la responsabilidad que se le ha encomendado de sospechar, diagnosticar y tratar de manera adecuada las situaciones y enfermedades asociadas al síndrome depresivo⁴⁰.

Sin embargo, gracias a la experiencia personal y laboral del médico⁴¹, este ha llegado a identificar que la etiología depresiva es mucho más amplia que lo descrito en las guías diagnósticas⁶ y, por ende, el manejo debe ser integral y multisectorial para que sea efectivo. Estas condiciones desbordan la capacidad resolutiva del médico⁴¹⁻⁴³ y muchas veces son desestimadas por quienes evalúan su ejercicio, entre ellos el sistema de salud, el empleador, el paciente y sus familiares, la academia y la sociedad en general⁴⁴.

Retos impuestos por el sistema de salud para la atención de los pacientes depresivos

Médicos y pacientes interactúan en un contexto cargado de restricciones de índole social como el estigma, administrativo como las imposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, político como las exigencias en la eficiencia de recursos, geográfico como las que se evidencian en la zona rural del país y económico como las que viven millones de colombianos en la actualidad. Situación que pone en jaque al médico general, quien se ve atado de manos y, por ende, evalúa al síndrome depresivo como un fenómeno terrorífico que acarrea múltiples complicaciones para la calidad de vida del paciente y la calidad del ejercicio médico⁴⁴.

Como indican los participantes en este estudio, la situación descrita pasa a ser causa de sufrimiento para el médico, sobre todo si él mismo se evalúa como incapaz para hacerle frente y si la compara negativamente con las expectativas que tenía al decidirse por estudiar medicina para ayudar a los seres humanos a limitar el sufrimiento⁴⁵. Lo que en consecuencia genera al médico diferentes sensaciones, como impotencia, desesperanza, tristeza e ira^{46,47}, porque no cuenta con la autonomía de ordenar su vida, como «primera necesidad del alma humana», pues en el caos se siente inseguro y vulnerable^{24,48}.

Para el caso de este estudio, el médico, como cuidador, está llamado a ayudar a los demás a restablecer el orden en sus vidas y amortiguar el sufrimiento derivado de su experiencia con el síndrome depresivo, pues «el sufrimiento es la razón de ser de la medicina»⁴⁹, mientras que simultáneamente ordenan su propia vida para mitigar el sufrimiento que se deriva del acto de vivir⁵⁰.

Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones se encuentra la falta de estudios centrados en la perspectiva del médico general, lo que dificulta realizar comparaciones entre lo encontrado en nuestra investigación y los resultados de otros estudios. Por ello, no se

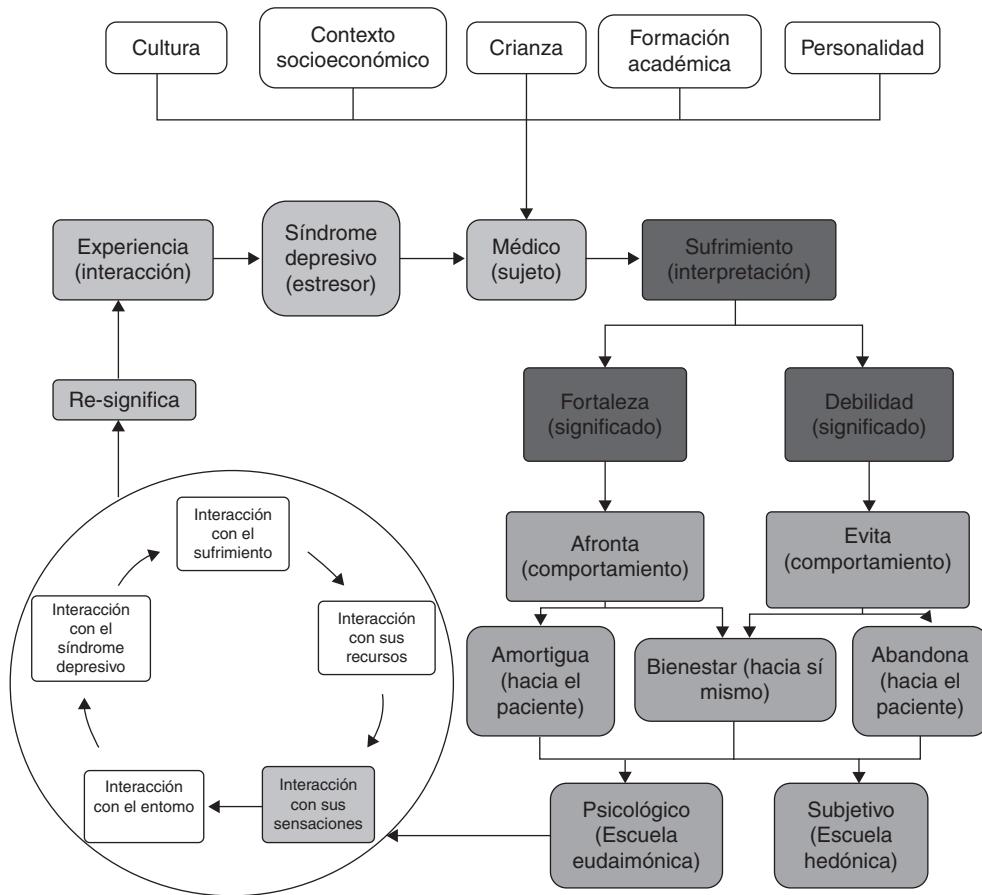


Figura 5 – Escenario inacabado que permite al médico saberse humano.

pudo tocar en profundidad algunos puntos tratados en el estudio.

Conclusiones

La habilidad de los médicos generales para diagnosticar y tratar la depresión es variable. Esto se asocia con la adquisición de conocimiento, destrezas innatas o adquiridas en la práctica y la actitud con que se asume la atención con base en vivencias propias o experiencias previas con este tipo de enfermedades, y el impacto o la sensibilización que haya generado en el médico general. Se ha encontrado que la edad y la experiencia en la práctica no brindan mayor precisión en el diagnóstico. No obstante, los médicos generales con un conocimiento vasto y un enfoque apropiado de la enfermedad mental tienen mayor posibilidad de evaluar eficazmente a los pacientes que presentan enfermedades psiquiátricas. Por eso se resalta la importancia de la educación en las facultades de medicina del país donde, siendo estas patologías de gran importancia, se haga un enfoque en la correcta comunicación y el abordaje de los pacientes depresivos que se ven directamente afectados por las carencias que durante este estudio se relatan.

Lo que finalmente abre paso a un mundo de interrogantes que abordar mediante estudios cualitativos, en los que se

puede abordar temas tales como la educación y la preparación que se da a los médicos generales, no solo durante el pregrado, sino también durante su vinculación a un centro de salud, acerca de la atención a los pacientes con enfermedad mental. También se abre una invitación a las diferentes instituciones que prestan servicios de urgencias y consulta externa para crear rutas de atención, optimizar la consulta y mejorar el diagnóstico y el tratamiento oportuno de estas afecciones, para crear así un sistema de salud más amigable para estas personas, tan desamparadas por la sociedad por su condición de enfermos mentales (fig. 5).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las docentes María Vilma Restrepo Restrepo y Alejandra Gutiérrez Cárdenas, quienes con su comprensión y entrega hicieron posible el planteamiento de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aristizábal Gaviria A, González Morales A. Factores asociados a la letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009;38:446.
2. Gómez Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D. Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Rev Panam Salud Pública.* 2004;16:378.
3. Campo Arias A, Cassiani Miranda CA. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37:598-613.
4. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1993.
5. Arango Dávila CA, Rojas Fernández JC, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37:538-63.
6. Organización Mundial de la Salud. MGAP: Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
7. Heinze G. Enfermedad depresiva y trastorno bipolar. En: De la Fuente JR, Heinze G, editores. *Salud mental y medicina psicológica.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2011. p. 124-36.
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Universidad CES, Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. *Análisis especial sobre depresión e indicadores de suicidio.* Medellín: Universidad CES; 2010.
9. Torres de Galvis Y, editor. Medellín. Secretaría de Salud, Universidad CES. *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental.* Medellín: Universidad CES; 2012.
10. González Monclús E. Prevención de las depresiones. *Rev Psiquiatr Fac Med Barc.* 2003;30:139-44.
11. Clement S, Schauman O, Graham T. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* 2014;45:11-27.
12. Barry C, Stevenson F, Britten N. Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Soc Sci Med.* 2001;53:487-505.
13. Villanueva Marcos L, López Gómez I, Requena JM. Valores del médico y su carácter: proyecto VADEMECA. Evaluación de los valores del futuro médico. *Educación Médica.* 2014;17Supl1:S1-47.
14. Alarcón Velandia R, Muñoz R, Molinello H. Depresión y Educación. Reconocimiento y abordaje por el médico general: experiencia colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2001;30.
15. Gómez Restrepo C, Bohórquez Peñaranda A, Okuda Benavides M. Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36.
16. Hernández Sampieri R. *Metodología de la investigación.* 4.^a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
17. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.* Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
18. Wolcott HF. *Transforming Qualitative Data: Description, Analysis, and Interpretation.* Washington: Sage; 1994.
19. Vela Peón F. Un acto metodológico básico de la investigación social. En: Tarrés ML, editor. *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social.* México: FLACSO; 2001.
20. Molina Berrio DP, Posada Zapata IC. Perspectiva de algunos actores sobre los modelos de educación para la salud subyacentes en programas de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, Medellín 2004-2007. *Rev Salud Pública.* 2013;31:19-29.
21. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
22. Aristóteles, Gallach Palés F. *Aristóteles, obras completas: Ética a Nicómaco.* Madrid; 1931.
23. Sanz Ej. La formación en ética y valores en las facultades de medicina. *Educación Médica.* 2014;17Supl1:S1-47.
24. Torralba F. *Cien valores para una vida plena.* Lleida: Milenio; 2003.
25. Shultz DP, Shultz SE. La teoría cognoscitiva. En: Ortiz Salinas ME, editor. *Teorías de la personalidad.* México: Cengage Learning; 2013. p. 345-481.
26. Nuñez Cortés JM. Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. *Educación Médica.* 2014;17 Supl1:S1-47.
27. Peterson C, Seligman M. *Character strengths and virtues: a handbook and classification.* New York: American Psychological Association; 2004.
28. Llinás RR. *El cerebro y el mito del yo.* Bogotá: Norma; 2002.
29. Camps V. *El gobierno de las emociones.* Barcelona: Herder; 2011.
30. González Rey FL. El sujeto y la subjetividad en la psicología social: un enfoque histórico-cultural. Buenos Aires: Centro de publicaciones educativas y material didáctico; 2011.
31. Bruner J. *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva.* Madrid: Alianza; 2006.
32. Andrade B. Algunas reflexiones sobre la «creación» y el sufrimiento. *Proyección teológica y mundo actual.* 2002;40:117-33.
33. Scheler M. *El sentido del sufrimiento.* Buenos Aires: Goncourt; 1979.
34. Solomon A. *El demonio de la depresión.* Barcelona: Penguin Random House; 2015.
35. Mèlich JC. *Ética de la compasión.* Barcelona: Herder; 2010.
36. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ. *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva.* An Psicol Clin Salud. 2009;5:15-28.
37. Ausubel DP. *Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva cognitiva.* Barcelona: Paidós; 2002.
38. Freire P. *La esencia del diálogo.* En: Romero MI, Hernández CN, editores. *Concepción y metodología de la educación popular.* La Habana: Caminos; 2004. p. 251-64.
39. Campo-Cabal G, Álvarez J, Morales AM. La entrevista médica con un enfoque terapéutico. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35:547-69.
40. Yepes Roldán LE, Palacio Acosta CA. *Trastornos depresivos.* En: Toro Greiffenstein RJ, Yepes Roldán LE, editores. *Psiquiatría.* 5.^a ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010.

41. Varela FJ, Thompson E, Rosch E. De cuerpo presente: las ciencias cognitivas y la experiencia humana. Barcelona: Gedisa; 2005.
42. Bertoni N, Valdivieso MI, Poupin L. Evaluación de capacidad resolutiva, según trazadores, en redes de atención. Rev Chile Salud Pública. 2000;4.
43. Martínez Pérez JA. La capacidad resolutiva del médico de Atención Primaria. Med Econ [internet]. 2006;(Nov):1-10 [citado 7 Ene 2014]. Disponible en: <http://d14aafm5ckv3lj.cloudfront.net/n60/tribuna.pdf>
44. Gil Blas J. Por la salud del pueblo: Apuntes a una historia de contexto de la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2013.
45. Leal Quevedo FJ. Humanizar la medicina es adecuarla al hombre. En: Rueda P, editor. Hacia una medicina más humana. Bogotá: Editorial Médica Internacional; 1997. p. 15-22.
46. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. J Palliat Care. 1993;9:5-13.
47. Llorente Guerrero X. La vulnerabilidad en procesos de sufrimiento. Perspectiva Social. 2002;63-72.
48. Dardenne JP, Dardenne L. productores. Dos días, una noche [video]. Francia: Les Films du Fleuve; 2014.
49. Vélez Correa LA. Antropología médica. En: Vélez Correa LA, Sarmiento Díaz J, editores. Ética médica: interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2003. p. 44-149.
50. Cardona Suárez LF. La analítica del sufrimiento humano en Schopenhauer. Pensamiento. 2014;70:475-94.