

Aspectos psicológicos y emocionales del retiro médico. Una primera aproximación

Carlos Campillo Serrano*, Gabriel E. Sotelo Monroy y Hugo Dayran Trejo Márquez

Servicios de Atención Psiquiátrica, Secretaría de Salud, México, D.F.

Resumen

El retiro es una coyuntura de la vida marcada en nuestro medio por muchos prejuicios sociales. Sin embargo, los vínculos del retiro con la depresión no tienen ninguna evidencia científica. Los médicos retirados no padecen más trastornos psiquiátricos que aquellos que continúan trabajando. Resulta ocioso señalar que el retiro forma parte del ocaso de la vida, por lo que no es de extrañar los temores y el rechazo que genera.

El retiro también puede considerarse como un rito de paso o de transición. Los ritos de paso son eventos que «marcan la socialización de las transiciones más importantes en la vida humana, como el nacimiento, la iniciación en la vida adulta, el matrimonio y la muerte». En la vida profesional de los médicos el fin del bachillerato, la obtención del título profesional y la conclusión de la especialidad son actos que marcan las distintas etapas de su carrera.

La mayor parte de las investigaciones que han estudiado la calidad de vida de los médicos retirados coinciden en que la mayor parte está satisfecha con su nueva condición. Del mismo modo, los médicos retirados que dijeron estar insatisfechos con su nueva situación no era por haber dejado la profesión, sino porque estaban en malas condiciones de salud o carecían de estabilidad familiar o económica.

En el presente trabajo se trata de dar un panorama del retiro profesional desde el ángulo individual y ontológico.

PALABRAS CLAVE: Retiro médico. Depresión. Aspectos emocionales.

Abstract

Retirement is a time of life marked by many social prejudices. However, links of retirement to depression do not have any scientific evidence. Retired physicians do not suffer more psychiatric disorders than those who continue working. It is worth pointing that retirement is part of the decline of life, so no wonder the fear and rejection generated.

Retirement can also be seen as a rite of passage or transition. Rites of passage are events that mark the most important transitions in human life, such as birth, initiation into adulthood, marriage and death. In the medical profession, the end of high school, obtaining professional qualifications and completion of a specialty, mark the different stages of the physician's career. Most research that has studied the quality of life of retired physicians agrees that most doctors are satisfied with their new condition. Similarly, retired doctors who said they were dissatisfied with their new situation, this was not because they had left the profession, but because they were in poor health or had no family or economic stability. The present study aims at providing an overview of occupational retirement from the individual and ontological point of view.

KEY WORDS: Physicians retirement. Depression. Emotional & psychological aspects.

Correspondencia:

*Carlos Campillo Serrano

Av. Paseo de la Reforma, 450, Piso 1

Col. Juárez, C.P. 06600 México, D.F.

E-mail: campillocanales@prodigy.net.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 17-02-2011

Fecha de aceptación: 24-02-2011

Al abordar el tema de «retiro y depresión», el problema empezó en cuanto me di a la tarea de preparar mi intervención. Al revisar la bibliografía correspondiente e indagar entre los amigos que habían hecho público su retiro, o que, por ser mayores, yo supuse que ya estaban retirados, tuve una impactante revelación: caí en la cuenta de que tengo ya 66 años. Si viviera en algún país europeo, pensé, me gustara o no, ya me habrían mandado a casa en pantuflas y no tendría siquiera la oportunidad de estar en un foro como este. Fue así como me enteré de que había llegado para mí ese momento crítico. Jamás me había dado cuenta antes, víctima probablemente de una típica negación freudiana. Sin embargo, la inocente invitación de Fajardo Dolci me confrontó entonces conmigo y mis circunstancias, para parafrasear a Ortega y Gasset¹. Perdí esa falsa sensación de inmortalidad que tanto nos protege, ocultándonos el hecho de que la vida es efímera, el tiempo pasa, deja huellas y siempre cobra factura.

Pero no termina ahí la historia de mi súbita e impactante vivencia. Esta creció cuando advertí que había aceptado la invitación sin chistar, es decir, sin percatarme de sus significados e implicaciones. ¿Cómo fue que asumí tácitamente que el retiro se asocia a la depresión? ¿Cómo fue que no cuestioné ni por un momento que el retiro podía reducirse a un simple cambio de estilo de vida y de estado del ánimo, cuando si algo lo describe es precisamente la complejidad de sus implicaciones psicológicas? Todas estas preguntas tienen una sola respuesta: mi propia ceguera ante mi situación vital era mucho peor a la que había reconocido inicialmente. Aceptar el tema con tanta naturalidad era, desde mi propia negación, una prueba clarísima de que Fajardo Dolci y yo teníamos la misma edad.

La juventud de Fajardo Dolci no sólo lo exime de toda responsabilidad en la elección del título. Su visión de la vida se encuentra anclada en el presente y, por lo tanto, aún no es tiempo de que tema a la vejez, que le es ajena y remota. Piensa y actúa de acuerdo con su edad y desempeña su función como debe ser. No cometió ninguna impertinencia al invitarme, al contrario, me ayudó a abrir los ojos.

Se une a mi edad la circunstancia particular de mi especialidad. Como psiquiatra sé muy bien que el retiro es una coyuntura de la vida marcada en nuestro medio por muchos prejuicios sociales. Uno de ellos es, precisamente, el asociarlo casi de manera automática con la depresión, pues se lo considera un acto traumático y, por lo tanto, indeseable. Sin embargo,

los vínculos del retiro con la depresión no tienen ninguna evidencia científica. Las personas de más de 65 años no padecen más depresión que los jóvenes², y en algunas encuestas están incluso por debajo^{3,4}. De hecho, la vulnerabilidad a la enfermedad mental disminuye en ambos sexos de los 60 a los 74 años⁵. Los médicos retirados no padecen más trastornos psiquiátricos que aquellos que continúan trabajando⁶. Lo mismo puede decirse de la salud física⁷. La consistencia de estos datos y su corroboración en diferentes grupos poblacionales nos autoriza a afirmar que el retiro *per se* no es un factor que ponga en riesgo ni la salud en general ni la salud mental en particular.

Hechas estas consideraciones, seguramente comprenderán las razones del cambio de título de mi presentación, cambio que tiene por objeto abordar el tema del retiro médico desde la perspectiva psiquiátrica de la vivencia individual, e incluir asimismo algunas reflexiones psicosociales de orden general. Ya que se trata de un fenómeno complejo, trataré primero el aspecto individual. Desde este ángulo, una manera de ver el retiro es situándolo en el marco del ciclo vital del hombre: nacimiento, crecimiento, maduración, declive y muerte. Durante el crecimiento se adquieren conocimientos, habilidades y destrezas; con la maduración llega al cenit todo lo adquirido y con el declive empieza su pérdida. Estas etapas pueden variar de individuo a individuo, pero al estar regidas por leyes naturales, no dejan de cumplirse. Resulta ocioso señalar que el retiro forma parte del ocaso de la vida, por lo que no es de extrañar los temores y el rechazo que genera. Se trata de una confrontación similar a la de una enfermedad grave, un accidente fatal o el fallecimiento de un ser querido, pues despierta sentimientos muy parecidos, aunque tiene una diferencia fundamental con dichos eventos: el retiro no es un hecho imprevisto, sino en cierto modo esperado por el individuo, y desde el punto de vista social, un paso obligado para cualquier persona que forma parte de la población económicamente activa.

Surge así otro ángulo para entender el retiro, esto es, como un rito de paso o de transición. El término lo acuñó el etnólogo francés de origen alemán Van Gennep⁸ y lo desarrolló más tarde el antropólogo cultural escocés Turner⁹. Si bien se trata de un concepto relativamente antiguo, surgido en el ámbito de la antropología para el estudio de las sociedades tradicionales, mucho menos complejas que la nuestra, sigue teniendo vigencia y arroja cierta luz sobre algunas de nuestras prácticas contemporáneas. Los ritos

de paso son eventos que «marcan la socialización de las transiciones más importantes en la vida humana, como el nacimiento, la iniciación en la vida adulta, el matrimonio y la muerte. Tienen como función preservar la estabilidad de la sociedad, al regular la posición del individuo»⁸. En cada una de estas etapas el individuo adquiere a la vez que pierde algunas responsabilidades, derechos y privilegios. Se trata de formas de legitimar, por así decirlo, la posición que ocupa el individuo en su sociedad. Cada rito de pasaje suele ir acompañado de una ceremonia que marca la transición, y delimita el fin de una época y el comienzo de otra. En una sociedad tan compleja como la nuestra, los ritos de paso son más numerosos y variados que en la antigüedad, pero también menos evidentes y solemnes: los quince años de las adolescentes, el nacimiento del primer hijo, o incluso la primera borrachera o la adquisición de la licencia de manejo, que en los varones significa en cierto modo su ingreso a la edad adulta.

En la vida profesional de los médicos el fin del bachillerato, la obtención del título profesional y la conclusión de la especialidad son actos que marcan las distintas etapas de su carrera. Aunque cada uno tiene su propia ceremonia, la verdad es que todos representan simplemente el curso natural de la vida. De una vida biológica que fluye de continuo y que no se ciñe a las pautas culturales de la sociedad. En este sentido, los ritos de transición son un recordatorio de que nuestra existencia es dinámica y tiene un final, de ahí que el paso de una época a otra esté siempre teñido, no obstante su carácter festivo, de sentimientos encontrados: la nostalgia del tiempo pasado, el recuerdo de los que ya no están y desde luego la satisfacción de haber alcanzado una meta. Todas las transiciones de la trayectoria profesional de los médicos siguen este patrón, a excepción del retiro, que al simbolizar el fin de la madurez y el inicio de la decadencia no parece tener nada que ofrecer. Don Santiago Ramón y Cajal lo expresó con elocuencia: «Lo más triste de la vejez es carecer de mañana»¹⁰. Por fortuna, si bien el retiro tiene un significado social de tintes negativos, para la biología nada representa. Como médicos, todos nosotros sabemos que el organismo inicia su declive a partir de los 25 años, es decir, inmediatamente después de llegar a la cima del desarrollo. En ese momento empiezan a mermarse las habilidades psicomotoras para ciertos deportes, así como la creatividad para disciplinas como las matemáticas^{11,12}. Una vez que se inicia, el deterioro no se detiene y conforme pasa el tiempo se vuelve más evidente. Está

comprobado, por ejemplo, que para que un trabajador manual tenga a los 55 años el mismo nivel de rendimiento que tenía en su plenitud es necesario un 100% más de iluminación para que pueda realizar su tarea¹³. Entre el 25 y el 75% de las personas mayores de 60 años se quejan de algún problema de memoria, y entre el 3 y el 19%, de un deterioro cognitivo leve, deterioro que en los mayores de 85 años alcanza hasta un 42%^{14,15}. En términos generales, se calcula que a los 65 años se ha perdido ya el 25% de lo alcanzado en el cenit de la vida¹³.

A pesar de que el deterioro de nuestras facultades se inicia muy temprano y avanza continuamente, la verdad es que apenas lo notamos. El retiro es, pues, un recordatorio tardío, una evidencia palpable de un proceso que comenzó muchos años atrás¹⁶.

Para el filósofo Sartre¹⁷, que meditó mucho sobre la existencia, el hombre enfrenta una vida poblada de incertidumbres. Su única certeza es que va a morir. No hay ninguna duda de ello. Este conocimiento, este saber, es lo que distingue al hombre de los demás seres vivos. El hombre, por lo tanto, es el único ser que posee la conciencia de finitud. Por ello, en rigor, en nuestro cumpleaños no celebramos un día más de vida, sino uno menos que nos queda por vivir.

Para la doctrina sartriana la esencia humana es la existencia, la cual se antepone al Ser. De ahí que, según dicha perspectiva, antes de ser hombre, el hombre existe. Y la vida para él es un proyecto, cuyo único responsable es el hombre mismo. La noción sartriana de libertad se inserta en este punto, siempre con la misma carga brutal de los postulados existencialistas: «El ser humano –dice Sartre– está condenado a ser libre». Y es justamente esa libertad la que lo atemoriza, ya que sabe que tiene que ejercerla en el curso de una existencia finita.

La forma que encuentra el hombre para darle la vuelta a su libertad es entregarse a una serie de rutinas que le eviten sorpresas y le ofrezcan un camino preciso a seguir. Qué mejor ejemplo de estas afirmaciones de Sartre que la absorbente y estructurada vida profesional de nosotros, los médicos, siempre en una actividad frenética que no admite distracciones y que va construyendo una coraza protectora frente a los asuntos esenciales de la existencia.

Ateniéndonos a esta concepción existencialista, no es de extrañar que los médicos se inquieten ante la perspectiva del retiro, la cual dibuja un universo de posibilidades desconocidas. Un mundo sin estructura fija, sin metas curriculares, carente de programas y con metas muy difusas, si es que las hay. Desde el

punto de vista sartriano, el retiro encarna de manera palpable esa libertad a la que estamos condenados y de la que siempre hemos tratado de huir. Al mismo tiempo, sin embargo, si recordamos que nuestra existencia es un proyecto del que somos responsables, el retiro puede convertirse en una invitación a sentirnos dueños de nuestro destino; la posibilidad de explorar caminos inéditos que pueden ser fuente de grandes satisfacciones.

Hasta aquí he intentado dar un panorama del retiro profesional desde el ángulo individual y ontológico. Toca su turno ahora a los aspectos socioculturales. Antes que nada, tenemos que partir de una realidad que caracteriza a las sociedades capitalistas e industriales contemporáneas, en las que el trabajo desempeña un papel fundamental. Buena parte, si no es que toda su organización y estructura están hechas en función del trabajo, que al lado de la educación y la salud constituye uno de los valores más cotizados. Tanto es así que los tres están considerados parte de los derechos humanos.

El protagonismo social del trabajo es un fenómeno relativamente nuevo en la historia. Se remonta al siglo XVI, cuando Lutero, Calvino y Wesley^{18,19}, líderes de la contrarreforma religiosa, no sólo lo elevaron al rango de virtud, sino que lo consideraron uno de los caminos para llegar a Dios. Estas convicciones se extendieron a gran parte de Europa y América del Norte, de tal manera que durante la revolución industrial fueron el sustento moral de la llamada «*ética protestante del trabajo*». Según Weber M. y Tawney R., fue dicha ética uno de los factores determinantes del florecimiento del capitalismo²⁰. A partir de entonces la organización de las sociedades contemporáneas, en especial las de los países industrializados, se centra cada vez más en la actividad laboral. Aunque en México la tendencia es menos intensa y uniforme, ya que varía según las clases sociales, en la clase media, a la que pertenece la mayor parte de los médicos, el panorama tiende a igualarse con el de los países desarrollados.

El sociólogo británico Worsley²¹ ilustra con sencillez el peso del trabajo en nuestra cultura, la concepción que lo rodea y los supuestos que lo sustentan según el género. Worsley dice: «Si alguien le pregunta a un varón “¿Qué haces?”, lo que realmente le está preguntando es ¿En qué trabajas? Si a una mujer se le pregunta “¿En qué trabajas?”, lo que realmente se está preguntando es ¿Tienes un trabajo real?, ¿un trabajo por el que te estén pagando?». Estos ejemplos muestran cómo el trabajo se funde con el individuo y

sella su identidad, usurpando al sujeto, a ese Ser del que habla Sartre. Somos lo que hacemos y no nosotros mismos. Se es albañil, médico o empresario. La persona se define por su oficio o su quehacer, no por sus atributos.

Además, Worsley muestra cómo la concepción del trabajo tiene un sesgo injustificadamente favorable en el caso de los varones y la manera en que su valoración depende en gran medida de la compensación monetaria. Así, se sigue despreciando por partida doble la labor doméstica de las mujeres al no ser remunerada. En la jerarquía social las amas de casa están por debajo de las mujeres que trabajan, simplemente porque no ganan dinero. Trabajo no pagado, no es trabajo. Esta idea tan extendida no solo descalifica la función de la mujer en la familia, vital para la sociedad, sino que se extiende a otras actividades igualmente importantes. Por ejemplo, si alguien declara que es poeta, no faltará quien le replique: «Sí, sí, pero ¿qué es lo que realmente haces?».

Creo que ha quedado claro que el trabajo, aparte de ser un medio legítimo de sustento económico, es un derecho y confiere una identidad. Su significado, sin embargo, es todavía más amplio en el caso particular de los médicos, cuya profesión es una fuente de prestigio, determina un estilo de vida, brinda una fuente de satisfacciones intelectuales y emocionales, y constituye un vehículo para hacer amigos e incluso –a juzgar por el alto índice de matrimonios entre colegas^{20,22}– para encontrar pareja. En otras palabras, los médicos somos unos privilegiados. Tenemos una profesión que ofrece un desarrollo personal atractivo y un ingreso muy por encima de la media de la población, además de estar revestida de prestigio público. En el Reino Unido, por ejemplo, país muy consciente de la jerarquización social y que ha desarrollado, por lo tanto, un buen sistema de estratificación, los médicos ocupan el primer lugar, es decir, están por encima de los miembros del Parlamento y los ministros^{23,24}.

Aunque no podemos comparar las condiciones del Reino Unido con las de nuestro país, es innegable que también aquí la formación médica está orientada al trabajo arduo. Desde los primeros años de la carrera hasta la residencia en las sedes clínicas la profesión exige una entrega que no es común en otras disciplinas, de ahí la devoción de los médicos hacia su profesión y el lugar central que esta tiene en sus vidas. Por desgracia, muchos de ellos no han sido preparados para desarrollar otras aptitudes también importantes, tales como el disfrute del ocio, el cultivo

de la apreciación artística, el placer de la lectura y otras muchas que no pasan por el ámbito estrictamente profesional. En estas circunstancias, más fácil es comprender el porqué de su rechazo al retiro. Dejar la profesión implica a menudo menores ingresos, dejar de ver amigos, prescindir de actos sociales y, sobre todo, la pérdida de una posición prestigiada dentro de la sociedad. Un colega refiere que «de ser alguien, al retirarte, de sopetón pasas a ser nadie»^{20,25}.

Sin embargo, tengo buenas noticias. La mayor parte de las investigaciones que han estudiado la calidad de vida de los médicos retirados²⁵⁻²⁷ coinciden en que la mayor parte no lamenta haber tomado esa decisión y, lejos de extrañar el pasado, está satisfecha con su nueva condición. Es menester subrayar aquí un hallazgo muy significativo: los médicos que manifestaron sentirse mejor fueron precisamente aquellos que se prepararon para dar ese paso y que llegaron al retiro cuando aún no mostraban señales de decadencia física o mental. Estos hallazgos coinciden con el valioso testimonio de Kapellmann^{28,29}, entrañable amigo, que decidió retirarse a los 74 años después de llevar a cabo, con muy buen éxito, una complicada intervención quirúrgica. Del mismo modo, los médicos retirados que dijeron estar insatisfechos con su nueva situación no era por precisamente por haber dejado la profesión, sino porque estaban en malas condiciones de salud o carecían de estabilidad familiar o económica.

De acuerdo con los estudios realizados, es aconsejable que los médicos nos retiremos cuando gozamos aún de buena salud y estamos ejerciendo con todas nuestras capacidades, sin perder de vista, claro está, nuestra situación financiera y entorno familiar. Lo más importante es tal vez planear la decisión en términos realistas, acordes con lo que somos y hacemos. Hago esta reflexión porque con frecuencia dejamos volar la imaginación hacia panoramas totalmente ajenos a nuestros gustos y capacidades. Hay quienes se imaginan conviviendo con los nietos y compartiendo hábitos familiares como ir de compras y ver la televisión, cuando nunca en la vida han sido niñeros ni hogareños. No falta quien fantasea con la idea de que ahora sí contará con tiempo suficiente para escribir, cuando jamás ha escrito ni una carta. O sueñan con cultivar algún *hobby* cuando lo único que saben hacer es trabajar. No advierten que aun retirados pueden realizar actividades que no implican abandonar por completo la medicina. Me refiero concretamente a lo que P. Tournier denomina «la segunda carrera», que, de hecho, ya llevan a cabo varios de

nuestros colegas. Un ejemplo de esta segunda carrera es el caso de Sir W. Osler, icono de la medicina anglosajona, quien a los 54 años de edad se retiró a la Universidad de Oxford (Inglaterra) y pasó sus últimos catorce años elaborando su biografía^{19,20}, con ayuda de su discípulo Harvey Cushing, merecedor, por cierto, del premio Pulitzer. El concepto de P. Tournier de una segunda carrera parte de la base de que los médicos, aparte de ejercer nuestra profesión, desempeñamos tareas como la enseñanza, la investigación, la administración y la política. Todo esto nos convierte en profesionales que, desde otras trincheras, podemos seguir aportando algo a la sociedad. Gestionar e impulsar proyectos especiales, liderar grupos de trabajo, dirigir o asesorar instituciones civiles y coordinar asociaciones gremiales son algunos quehaceres que los médicos retirados pueden realizar mejor incluso que los que están en activo: disponen de mayor tiempo, tienen más disposición y cuentan con su experiencia. La segunda carrera no es, pues, una interrupción de la vida, sino otra manera de dar continuidad a nuestro desarrollo personal.

Para terminar, quiero comunicarles que al revisar la bibliografía para esta sesión me percaté de que la visión prevaleciente sobre el retiro está muy orientada hacia el género masculino y hacia los médicos mayores o de mediana edad. Mi propia presentación ha tomado ese mismo camino. Esta visión, sin embargo, está destinada a modificarse en muy pocos años en vista del proceso creciente de feminización de la medicina^{30,31}. Cada día hay más mujeres médicas y pronto serán la mayoría. Eso hará que el ejercicio de nuestra profesión sea más amable, menos estrecho y tenga una mayor integración con las actividades de la vida diaria. Por otro lado, ya que la educación médica en posgrado es ahora menos rígida, debido a que ofrece a los residentes más alternativas para el desarrollo de su vida personal y social, lo más seguro es que las próximas generaciones sean de profesionistas menos reconcentrados en el trabajo, para quienes el retiro resulte nada más que otro rito de pasaje en el curso de la vida.

Gracias a la invitación de Fajardo Dolci para desarrollar este tema he podido reflexionar largamente en lo que nunca antes había pensado y he tenido la oportunidad de compartirlo con ustedes. Para evitar solemnidades y la tentación de protagonismo que dan tribunas como esta, no hay mejor remedio que la sabia amargura de Cioran³²: «¿Por qué retirarnos, por qué abandonar la partida cuando nos quedan aún tantos seres a quienes decepcionar?».

Bibliografía

1. Ortega J. Obras completas. Revista de Occidente. 3.^a ed. Madrid.; 1954.
2. MacBride A. Retirement as a life crisis: Myth or reality? *Can Psychiatr Assoc J.* 1976;21(8):547-56.
3. Streib GF, Schneider SJ. Retirement in american society: Impact and process. Nueva York: Cornell U Pr/New York University Press; 1971.
4. Barfield RE, Morgan JN. Early retirement: The decision and the experience and a second look. Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan. Michigan; 1969.
5. Evans O, Singleton N, Melzer H, Stewart R, Prince M. Prevalence of common mental disorder. En: *The mental health of older people.* Londres: National Statistics; 2003.
6. Ekerdt DJ, Baden L, Bosse R, Dibbs E. The effect of retirement on physical health. *Am J Public Health.* 1983;73(7):779-83.
7. Gökce-Kutsal Y, Özçakar L, Arslan S, Sayek F. Retired physicians: a survey study by the Turkish Medical Association. *Postgrad Med J.* 2004;80:101-3.
8. Van Genep A. Los ritos de paso. Madrid: Alianza Editorial; 2008.
9. Turner VW. The ritual process: Structure and anti-structure. EE.UU.: Aldine Transaction; 1995.
10. Pagina web consultada: <http://frases.astalaweb.net/Autores/Santiago%20Ramón%20y%20Cajal.asp> Fecha de consulta: 1/agosto/2010.
11. Susser MW, Watson W. *Sociology in Medicine.* Londres: Oxford Univ Press; 1971.
12. Adler RG, Constantinou C. Knowing – or not knowing – when to stop: cognitive decline in ageing doctors. *MJA.* 2008;189(11/12):622-24.
13. Rovit RL. To everything there is a season and a time to every purpose: retirement and the neurosurgeon. *J Neurosurg.* 2004;100(6):1123-9.
14. Werner P, Korczyn AD. Mild cognitive impairment: Conceptual, assessment, ethical, and social issues. *Clin Interv Aging.* 2008;3(3):413-20.
15. Chertkow H, Massoud F, Nasreddine Z, et al. Diagnosis and Treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *CMAJ.* 2008;178(10):1273-85.
16. Blasier RB. The problem of the aging surgeon. When surgeon age becomes a surgical risk factor. *Clin Orthop Relat Res.* 2009;467:402-11.
17. Sartre JP. *El ser y la Nada.* México: Losada; 1979.
18. Forrester D. A new dictionary of christian theology. Richardson A, Bowden J (Eds.). Londres: SCM Press; 1983.
19. Wesley J. *Forty-four sermons.* Londres: Epworth Press; 1746.
20. Fryers T. Work, identity and health. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2006;2:12.
21. Worseley P. *Introducing sociology.* Londres: Penguin Books; 1987.
22. Christel AW. When a physician marries a physician. Effect of physician-physician marriages on professional activities. *Can Fam Physician.* 2005;51:850-1.
23. U.S. bureau of labor statistics. *Standard occupational classification 2010.* United States Department of Labor, SOCP. EE.UU., 2010.
24. David R, David P. Re-basing the NS-SEC on SOC2010: A report to ONS. Reino Unido: University of Essex; 2010.
25. Lazar JG, Mary CP. Attitudes toward retirement. A survey of the American Surgical Association. *Annals of surgery.* 1994;220(3):382-90.
26. Rodríguez FN. Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria.* 2007;24(1):5-42.
27. Virshup B, Coombs RH. Physicians' adjustment to retirement. *West J Med.* 1993;158:142-4.
28. Muñoz Kapellmann R. El retiro del médico. *Gaceta Med Mex.* 1998;134:327-37.
29. Santillan D. In Memoriam Dr. Rafael Muñoz Kapellmann (1917-2004). *Rev Gastroenterol Mex.* 2004;69(2):120-4.
30. Knaul F, Frenk J, Aguilar AM. The gender composition of the medical profession in Mexico: Implications for employment patterns and physician labor supply. *JAMA.* 2000;283(1):32-5.
31. Taylor K, Lambert T, Goldacre M. Future career plans of a cohort of senior doctors working in the National Health Service. *J R Soc Med.* 2008;101:182-90.
32. Cioran EM. *Silogismos de la amargura.* Monte Ávila Editores C.A.; 1980.