

Revisiones

Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario

Current framework of suicide and suicidal ideation in health professionals

M. Cano-Langreo^{1,3}, S. Cicirello-Salas^{1,3}, A. López-López^{1,3}, M. Aguilar-Vela^{2,3}

1. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España.

2. Facultad de Ciencias y Filosofía "Alberto Cazorla Talleri", Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.

3. Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid. Madrid. España.

Recibido: 23-01-14

Aceptado: 24-02-14

Correspondencia

Miriam Cano Langreo,
Servicio Salud Laboral. Hospital Clínico San Carlos.
Calle Profesor Martín Lagos S/N,
Madrid. España.
Teléfono: 913303431
Fax: 913303431
Correo electrónico: mirian.cano@salud.madrid.org.

Este trabajo se ha desarrollado dentro del Programa Científico de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III en convenio con Unidad Docente de Medicina del Trabajo de la Comunidad de Madrid.

Resumen

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública en muchos países. Varios estudios han demostrado factores de riesgo laborales asociados a ideación suicida y altos índices de suicidio en el personal sanitario con respecto a la población general.

Objetivos: Describir la situación actual del suicidio en el personal sanitario y evaluar las características demográficas, factores laborales relacionados con ideación suicida y tendencias de acuerdo a la localización geográfica y además compararlas con la población general u otras profesiones.

Método: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, en dos fases: búsqueda/selección de artículos y evaluación de 20 estudios seleccionados.

Resultados: El personal sanitario tiene mayor riesgo de suicidio comparado con la población general y otras profesiones. Se evidenció mayor riesgo en los sectores de enfermería, farmacéutico, odontología y medicina. Las especialidades médicas con mayor riesgo son anestesiología y psiquiatría. La tasa de suicidio es mayor en mujeres. Se objetiva mayor riesgo en grupos de mayor edad. En cuanto los métodos más utilizados en EEUU son las armas de fuego, mientras que en otros países es la sobredosis de drogas. Las experiencias desagradables recientes/acoso laboral, el burnout y conflictos laborales han demostrado ser factores de riesgo en la ideación suicida en médicos.

Conclusiones: Existen diferencias demográficas en las características del suicidio de acuerdo a diferentes poblaciones estudiadas. Los métodos empleados en médicos por países son diferentes, que posiblemente se deban a la influencia cultural de cada país. Se han encontrado factores asociados entre riesgo e ideación suicida. Sería importante trabajar en ellos para elaborar estrategias de prevención en esta población.

Med Segur Trab (Internet) 2014; 60 (234) 198-218

Palabras clave: Suicidio, médico, enfermera, personal sanitario, laboral, riesgo.

Abstract

Introduction: Suicide is a public health problem in many countries. Several studies have shown occupational risk factors associated with suicidal ideation and high suicide rates in health care workers with respect to the general population.

Objectives: To describe the current status of suicide in health care workers and assess demographic characteristics, occupational factors associated with suicidal ideation, and trends according to geographic location and to compare them with the general population or other professions.

Method: Literature review in different databases in two stages: search/selection of items and assessment of 20 selected studies.

Results: Health care workers have a higher risk of suicide compared with the general population and other professions. Increased risk was observed in the areas of nursing, pharmacy, dentistry, and medicine. The medical specialties with the highest risk are anesthesiology and psychiatry, being higher in women and at an older age. Regarding the most used methods, subjects in the USA prefer firearms while in other countries they prefer an overdose of drugs. Recent unpleasant experiences/workplace harassment, burnout, and labor disputes have proven risk factors in suicidal ideation in doctors.

Conclusions: There are demographic differences in the characteristics of suicide according to different studied populations. The methods employed by physicians per countries are different, possibly due to the cultural influence of each country. Associated factors have been found between risk and suicidal ideation. It would be important to work on them to develop prevention strategies in this population.

Med Segur Trab (Internet) 2014; 60 (234) 198-218

Key words: *Suicide, physicians, nurse, health personnel, work-related, risk.*

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública. En España durante el periodo 2009-2010 fue la primera causa externa de defunción con 3.145 muertes, por delante de los accidentes de tráfico¹.

Dos estudios recientes realizados simultáneamente en varios países europeos, entre ellos España, han aportado datos sobre la incidencia de ideación suicida y la existencia de diferentes factores de riesgo potencialmente vinculados a su existencia y al paso entre ideas suicidas e intentos de suicidio. El primero de ellos, el European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), un estudio transversal realizado en seis países europeos sobre una muestra total de 21.425 personas (2.121 en la muestra española), encontró una prevalencia del 4,4% para la ideación suicida y del 1,5% para los intentos de suicidio en España, mientras que la media europea para la ideación suicida fue del 7,8% y para los intentos de suicidio de 1,8%. En el segundo de ellos, el Outcome for Depression International Network (ODIN) se analizó la presencia de ideación suicida en una muestra aleatoria de 7.710 personas de cinco países europeos. En la muestra española se encontró que el 2,3% de la población adulta entre 18 y 65 años tenía algún grado de ideación suicida, una tasa relativamente baja comparada con las del resto de países europeos incluidos en el estudio (7,4% en Noruega y Gales, 9,8% en Finlandia y 14,6% en Irlanda)².

Los profesionales sanitarios han mostrado en distintos estudios unas tasas de mortalidad menores a las de la población general³⁻⁵, sin embargo, en términos de suicidio, se ha propuesto que los profesionales sanitarios tienen mayores riesgos. Diversos estudios han mostrado tasas de suicidio en los profesionales sanitarios mayores que en la población general y que en otras profesiones. La tasa de los médicos es ligeramente mayor, mientras que la de las médicas es claramente superior. También se han visto tasas mayores en relación con especialidad, siendo mayores en anestesistas y psiquiatras⁶⁻⁹. Se conoce que en muchos casos los médicos tienen unas necesidades asistenciales específicas y en ocasiones esto les lleva a presentar elevados niveles de abuso de sustancias y enfermedad mental¹⁰. Estas características pueden estar en relación con el elevado estrés y responsabilidad de su trabajo, así como las dificultades para conciliar vida familiar y laboral. Hay que señalar también las dificultades que presentan para discutir sus problemas con los colegas, por el miedo a que se vean afectados sus criterios profesionales, por lo que muchas veces recurren peligrosamente al autodiagnóstico y autotratamiento. Al estudiar otras profesiones, también han destacado mayores riesgos en enfermeras, dentistas y farmacéuticos¹¹. Respecto a los métodos de suicidio, se encontraron diferencias dependiendo de la profesión. Parece que en el sector sanitario destaca el uso de tóxicos, el fácil acceso a estos y los conocimientos sobre su uso podrían explicar estas diferencias⁸.

El objetivo fundamental de este estudio es describir la situación actual del suicidio en el personal sanitario. Además, se desea evaluar las diferentes prevalencias de suicidio de acuerdo a las distintas ocupaciones, conocer las características demográficas del suicidio en el personal sanitario y comparar estas características con las de la población general. Por último, se busca comparar las diferentes tendencias de suicidio según la localización geográfica de las poblaciones estudiadas y evaluar los factores de riesgo asociados a la ideación suicida.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE (vía PubMed), OSH-UPDATE, EMBASE, WOK, LILACS, y Biblioteca Cochrane e IBECS. La búsqueda se completa con literatura científica obtenida en el repositorio SciELO, Google y otras fuentes de literatura gris, así como artículos referenciados en los principales trabajos que se incluyeron en el estudio.

Se definieron diferentes estrategias de búsqueda utilizando Descriptores "MeSH-DeCS" y términos libres para MEDLINE, LILACS e IBECS, así como lenguaje libre para las

búsquedas en el resto de bases de datos (tabla I). En la estrategia de búsqueda se utilizaron combinaciones booleanas (AND, OR) de los siguientes términos: *Suicide, work-related, physician, nurse, health personnel, risk, suicide-attempt, y depression*.

En Google la búsqueda se realizó en lenguaje natural mediante las palabras *médicos, suicidio, riesgo y laboral*, con diferentes combinaciones de las mismas.

Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes:

- Artículos que tratan variables sociodemográficas relacionadas con el suicidio en personal sanitario (médicos, enfermeras).
- Artículos que proporcionan datos del impacto socioeconómico del suicidio en el trabajo.
- Ensayos, estudios experimentales, meta-análisis, revisiones sistemáticas, estudios de cohortes, estudios de casos y controles, y estudios observacionales transversales.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que tratan exclusivamente del suicidio en otros profesionales sanitarios (veterinarios).
- Artículos referidos exclusivamente a la exposición de casos particulares de suicidios.
- Artículos enfocados en el manejo farmacológico de la depresión y prevención del suicidio.
- Artículos que tratan sobre estrategias y programas llevados a cabo para la prevención del suicidio.
- Artículos de los que no se obtiene el original completo.

Los límites de búsqueda empleados fueron:

- Periodo de publicación de los artículos: año 2004 a 2013.
- Población: personal sanitario.
- Idioma: inglés y español.

La última fecha de búsqueda en las bases de datos fue el 2 de enero de 2014.

Se obtuvo una colección bibliográfica de un total de 530 artículos a la que se realizó un primer filtro para descartar artículos duplicados, redundantes e impertinentes, quedando un total de 23 artículos a los que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos, seleccionando definitivamente 20 artículos que cumplían las condiciones para el estudio (tabla I).

Tabla I. Resultados de selección de artículos obtenidos en las diferentes bases de datos

Base de datos	Términos incluidos en la estrategia de búsqueda	Número de artículos obtenidos con la estrategia de búsqueda	Número de artículos redundantes	Número de artículos seleccionados por resumen (abstract)	Número de artículos que no cumplen los criterios de inclusión	Total
PUBMED	Suicide AND work-related	20	1	6	1	5
	Health personnel AND suicide AND physicians AND nurses AND risk	3	0	3	0	3
	Depression AND suicide OR suicide attempted AND physicians	10	0	3	0	3
	Suicide AND work-related	29	5	1	0	1
LILACS	Suicidio AND enfermeras AND médicos AND riesgo	4	3	1	1	0
	Suicide AND depression AND physicians	153	3	0	0	0

Base de datos	Términos incluidos en la estrategia de búsqueda	Número de artículos obtenidos con la estrategia de búsqueda	Número de artículos redundantes	Número de artículos seleccionados por resumen (abstract)	Número de artículos que no cumplen los criterios de inclusión	Total
IBECS	Suicidio AND laboral	8	1	1	0	1
	Suicidio AND trabajadores AND riesgo	0	0	0	0	0
EMBASE	Suicide AND work-related	42	8	1	1	0
	suicide AND physicians AND nurses AND risk AND health personnel	48	4	1	0	1
OSH UPDATE	Suicide AND workers	10	0	0	0	0
WOK	Suicide AND work-related	49	4	0	0	0
	health personnel AND suicide AND physicians AND nurses AND risk	5	0	0	0	0
COCHRANE	Suicidio AND médicos AND enfermeras AND riesgo	0	0	0	0	0
	Suicidio AND personal sanitario	0	0	0	0	0
	Suicidio AND médicos AND riesgo	149	0	0	0	0
BÚSQUEDA LIBRE	Revisión de bibliografía otros artículos	6	0	6	0	6

RESULTADOS

La *tabla II* resume los veinte artículos analizados (uno observacional descriptivo, uno casos y controles, tres casos y controles anidados en una cohorte, uno de cohortes, trece transversales y un metanálisis) respecto a las características de los suicidios e ideación suicida en el personal sanitario. Entre todos los estudios revisados podemos diferenciar dos tipos de abordaje del tema de suicidio, doce artículos estudian suicidio consumado y ocho que evalúan ideación suicida.

Suicidio consumado

Doce artículos versan sobre suicidio consumado. En todos ellos se realiza extracción de la muestra a través de los datos de registro de mortalidad de los respectivos países.

Comparación entre profesionales sanitarios y otras profesiones

Diez de los artículos comparan la prevalencia de suicidio en trabajadores del sector sanitario respecto a otras profesiones.

Gagné et al. estudian los suicidios registrados durante el periodo 1992-2009 en Quebec, observando que los médicos representan el 2,6% de los suicidios en este periodo¹².

Un estudio realizado por Hem et al. sobre los suicidios acaecidos en Noruega durante el periodo 1960-2000 objetiva que las tasas más elevadas de suicidio durante este periodo se encuentran en médicos (43 IC95% 35,3-52,5), dentistas (32,9 IC95% 23,3-46,5), médicas (26,1 IC95% 15,2-44,9) y enfermeros (24,4 IC95% 14,4-41,1)¹³. También en los estudios de Skegg et al. y Stallones et al. encuentran tasas más altas de mortalidad por suicidio en profesionales sanitarios respecto a otras ocupaciones.^{14,15}

Schernhammer et al. publican un metanálisis de 25 estudios de calidad, que incluyen población europea y norteamericana, concluyendo que el riesgo de suicidio es mayor en

los médicos que en la población general y más alto en las mujeres médicos que en la población general (médicos: RR 1,41 IC95% 1,21–1,65; médicas: RR 2,27 IC95% 1,90–2,73)⁹.

Tres de los artículos incluidos en el estudio realizan una comparación del riesgo de suicidio entre la población sanitaria respecto a la población de maestros y respecto a la población general, tomando a estos dos últimos como referencia. En ellos se encuentra mayor riesgo de suicidio en el sector de profesionales médicos y profesionales de enfermería respecto a los grupos de referencia¹⁶⁻¹⁸. Además, uno de ellos observa un riesgo mayor en otros profesionales sanitarios como los dentistas y farmacéuticos¹⁶.

Austin et al. realizan su estudio en médicos de Australia y encuentran una elevada tasa de suicidio en médicas respecto a la población general (SRR 2,39 IC95% 1,52–3,77). Para los médicos y dentistas varones la tasa encontrada fue menor que en la población general (0,80 IC95% 0,53–1,20 y 0,68 IC95% 0,52–0,89 respectivamente)¹⁹.

Un estudio realizado en Taiwán por Shang et al. analiza las causas de muerte en médicos durante un periodo de 16 años y encuentra que los médicos tienen menor probabilidad de morir por cualquier causa, incluido el suicidio, que la población general⁴.

Comparación entre diferentes especialidades sanitarias

Si estudiamos las diferencias dentro de las distintas especialidades sanitarias, Austin et al. publica que las principales especialidades que consumaron suicidio durante los años del estudio (1997–2011) fueron anestesistas (44.4%), psiquiatras (22.2%), médicos de familia (22.2%) y residentes quirúrgicos (12.2%)¹⁹.

Características sociodemográficas

Sexo

Cinco estudios comparan el riesgo de suicidio entre géneros, y cuatro de ellos concluyen que el riesgo es mayor en hombres^{9,15,19,20}. El metanálisis incluido en la revisión realiza una comparación entre las tasas estandarizadas por sexo, concluyendo que estos valores se invierten respecto a la población general⁹. Agerbo et al. encuentra que las mujeres que trabajan en profesiones de predominio masculino tienen un riesgo mayor de suicidio que las que lo hacen en profesiones de predominio femenino (RR 1,68, IC95% 1,06–2,68)¹⁷.

Tabla II. Características sociodemográficas y asociaciones suicidio e ideación suicida

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
Stallones L et al. 2013 (15)	Estados Unidos	Transversal	Describir las tasas de suicidio por ocupación, edad y sexo en Colorado en el periodo 2004-2006.	2.352 suicidios en Colorado 2004-2006 recogidos en Colorado Violent Death Reporting System.	Las tasas de suicidio por 100.000 fueron más altas en los hombres que en las mujeres (92,9 vs 17,2). En los trabajadores sanitarios las tasas son elevadas tanto en hombres como en mujeres. Los trabajadores de la salud y técnicos tienen mayor tasa de suicidio por tóxicos que el resto de grupos (14,25 por 100.000).
Rosta J et al. 2013 (26)	Noruega	Descriptivo observacional longitudinal	Describir los cambios en los sentimientos e ideas suicidas en los médicos noruegos entre 2000 y 2010.	1530 médicos noruegos. Encuesta tipo Likert en 2000 y 2010.	Hay baja prevalencia de ideas suicidas en médicos noruegos (7,7%). Encuesta ideación suicida en 2000 y 2010. Contestan afirmativamente en la encuesta a: — <i>alguna vez han pensado que la vida no valía la pena</i> 17,2% IC95% 15-19,2 vs 12,4 IC95% 10,1-14,3 — <i>ha deseado estar muerto</i> 8,9% IC95% 7,1-10,3 vs 7,6% IC95% 5,9-9,3 — <i>ha pensado en quitarse la vida</i> 9,2% IC95% 7,5-10,7 vs 7,4% IC95% 5,8-9,1. Elevado estrés psicosocial en el trabajo predice mayor riesgo de ideación suicida (OR 1,92 IC95% 1,06-3,46).
Austin A E et al. 2013 (19)	Australia	Transversal	Evaluar las características de suicidio de los médicos del sur de Australia.	Médicos suicidados de 1997 al 2011 recogida en búsqueda electrónica de los archivos patológicos de "forensic science SL" en Aidelan Australia.	55,5% de suicidios médicos; 33,3% médicos. 88,9% de suicidios por sobredosis (anestésicos, barbitúricos y opiáceos). Especialidades con mayor suicidio: 44,4% anestesiastas; 22,2% psiquiatras; 22,2% médicos de familia. 33,3% de suicidios intento autolítico previo. 33,3% abuso de drogas prescritas y/o no prescritas.
Gold K J et al. 2013 (20)	Estados Unidos	Casos y controles anidados	Investigar los factores de riesgo y comorbilidades asociadas a suicidios de médicos y evaluar las	n= 33.636 de suicidios en los 18 años.	No se observaron diferencias significativas de suicidio entre hombres y mujeres médicos. Método de suicidio: armas de fuego (48%), tóxicos (23,5%) Los suicidios en médicos se dan en edades mayores y causados en comparación con otras ocupaciones.

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
			diferencias entre la población de médicos y no médicos víctimas de suicidio datos extraídos del registro NVRDS de EEUU.		Menos probabilidad de drogodependencia y abuso de alcohol conocida comparado con población general (14% vs 23%) $p=0,004$. Características del riesgo de suicidio en médicos: — Mayor edad OR: 1,04 (1,03- 1,05) $p<0,0005$. — Casados OR: 1,7 (1,27-2,28) $p<0,0005$. — Patología mental: OR: 1,34 (1,01-1,81) $p=0,045$. — Problemas laborales: OR: 3,12 (2,10-4,64) $p<0,0005$. — Muerte de familiar o amigo en los últimos 5 años OR: 0,37(0,15-0,90) $p=0,029$.
Fridner A et al. 2102 (29)	Suecia e Italia	Transversal	Evaluar la búsqueda de ayuda profesional entre los médicos de Suiza e Italia (estudio HOUPE) con burnout, depresión e ideas suicidas.	Estudio de ideas suicidas en 1.208 médicos.	42,7% de médicos presentaron estrés y de ellos el 78,3% nunca había solicitado ayuda profesional para la depresión o burnout. Médicos con ideación suicida y acoso laboral buscan más ayuda profesional (OR 0,42 IC95% 0,25-0,69).
Fridner A et al. 2011 (25)	Suecia e Italia	Transversal	Examinar el papel del ambiente laboral en la ideación suicida de los médicos varones de hospitales universitarios de Suecia e Italia.	697 médicos de Hospitales universitarios. 456 suecos y 241 italianos.	Prevalencia de ideación suicida en médicos varones 12% La experiencias humillantes o acoso laboral están relacionadas con ideas suicidas (Suecos OR 2,1; IC95% 1,01-4,5; Italianos OR 3,3 IC 95% 1,3-8,0). El conflicto de rol y falta de apoyo laboral asociados con ideación suicida (OR 1,6 IC95% 1,1-2,2 y apoyo OR 0,7 IC95% 0,5-0,96) en los médicos suecos. Autogestión de la carga laboral es protector en los médicos italianos (OR 0,7 IC95% 0,5-0,99, OR 0,7 IC95% 0,5-0,96, OR 0,6 IC95% 0,4-0,91).
Gagné P et al. 2011 (12)	Canadá	Caso control anidado	Describir un perfil psiquiátrico y las características de los médicos que se suicidaron entre 1992 y 2009 en Quebec.	Casos 36 médicos (7 mujeres y 29 hombres), controlados los 36 no médicos, ajustados por edad y sexo y año de la muerte.	Prevalencia de suicidio en médicos entre 1992-2009 2,6% Las mujeres suicidadas lo hacían a una edad menor que los hombres ($F = 7,54, df = 1, p = 0,01$). 83,3% presentaron trastorno psiquiátrico, de ellos 61,1% depresión mayor (el más frecuente). Médicos menores problemas de abuso alcohol y drogas respecto no médicos (19% vs 33,3%).

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
Hawton K et al. 2011 (16)	Dinamarca	Caso-control anidado	Riesgo de suicidio en una población sanitaria vs general y maestros. Asociación con el contacto que tienen con servicios de psiquiatría. Métodos de suicidio.	Suicidios registrados de edades 18- 67 años entre 1981- 2006 (26 años). 20.826 suicidios (6.666 mujeres) y 488.020 controles (150.528 mujeres).	Ahorcamiento método de suicidio más prevalente tanto en médicos como no médicos (41,7% vs 50%) Por subgrupos suicidio con armas de fuego menos frecuente en médicos que en no médicos (5,6 vs 13,9%) y el suicidio por medicamentos mucho más frecuente en médicos que en no médicos (30,6% vs 16,7%). El riesgo de suicidio fue elevado en enfermeras (RR 1,90% IC 1,63-2,21), médicos (RR 1,87, IC95% 1,55-2,26), dentistas (RR 2,10 IC95% 1,58-2,79) y farmacéuticos (RR 1,91, IC95% 1,26-2,87) vs maestros y población general. Suicidio por medicamentos mayor riesgo en: — farmacéuticos (OR 6,75 IC95% 2,73- 17,02) — médicos (OR 4,52 IC95% 3,01- 6,79) y — enfermeros (OR 4,36 IC95% 3,13- 6,09) vs la población de profesores. Comparado con la población en general mayor en: — enfermeros (OR 3,83 IC95% 3,06-4,8) — médicos (OR 3,96 IC95% 2,87- 5,47) y — farmacéuticos (OR 5,92 IC 95% 2,5- 14,35). Sobredosis medicamentosa mayor en mujeres que hombres (X2 = 19,3 p < 0,001).
Shanafelt TD et al. 2011 (22)	Estados Unidos	Transversal	Evaluar prevalencia de ideación suicida y uso de recursos de Salud Mental entre los cirujanos miembros de la ACS (<i>American College Surgeons</i>) vivos. y medición de la relación entre ideas suicidas y burnout, calidad de vida, síntomas de depresión comparado con la población general.	7.905 cirujanos de la ACS. Encuesta a cirujanos sobre suicidas en los 12 meses previos. n=7.825 encuestas realizadas.	Prevalencia ideas suicidas en los últimos 12 meses en cirujanos 6,4%. Por edad mayor prevalencia de ideación suicida en cirujanos respecto población general: — 25- 44 años no diferencias significativas — 45- 54 años (7,6% vs 5,0%; p=0,008) — 55- 64 años (6,9% vs 2,3%; p=0,001) — ≥ 65 años (2,7% vs 1,2%; p=0,02) — Menor ideación suicida en cirujanos: — Casados (OR 0,56 IC95% 0,42-0,73)

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
Shang T F et al. 2011 (4)	Taiwán	Cohortes	Evaluar la tasa de mortalidad estandarizada (SMR) de todos los doctores de Taiwán.	n= 37.545	<p>— Cirujanos con hijos (OR 0,66 IC95% 0,52- 0,85).</p> <p>77,8% de cirujanos con ideas suicidas presentan depresión y el 26,85% de cirujanos sin ideas suicidas presentan depresión (OR 9,75 IC95% 7,84-12,13).</p> <p>38,8% muestran rechazo a buscar ayuda psiquiátrica. Cirujanos con ideación suicida:</p> <p>— mayor tendencia a buscar ayuda psiquiátrica/ psicológica que cirujanos sin ideación suicida (OR 5,68 IC95% 4,45-7,09).</p> <p>— Mayor consumo de antidepresivos(OR 5,68 IC95% 4,36-7,02).</p> <p>5,8% de cirujanos han tomado antidepresivos (últimos 12 m), de ellos:</p> <p>— 8,9% autprescripción.</p> <p>— 74% prescripción por un compañero sin seguimiento.</p> <p>Existe asociación entre la aparición de ideación suicida y burnout (OR 1,91 p<0,001).</p>
Kolves K et al. 2010 (18)	Australia	Transversal	Estimar la prevalencia de riesgo de suicidio en médicos y enfermeras, comparándolo con población general y sector educativo. Describir las características de los suicidios de médicos y enfermeras.	6.564 suicidios entre 1990 y 2007 en población de 64 años	<p>Médicos de Taiwán menor probabilidad de morir por cualquier causa, incluido suicidio y abuso de drogas, que la población general [SMRs(Cause-specific standardized mortality ratios):0,14 IC95% 0,09- 0,21].</p> <p>Mayor riesgo de suicidio en:</p> <p>— Enfermeros (RR 2,30 IC95% 1,31-4,0).</p> <p>— Médicas (RR 3,88 IC95% 1,54-9,34).</p> <p>— Enfermeras (RR 2,24 IC95% 1,34-3,74).</p> <p>Al comparar con maestros. Comparado con población general no hay diferencias significativas.</p> <p>No diferencias significativas para riesgo suicida según el estado civil.</p> <p>Métodos de suicidio más prevalente sobreingesta tóxicos: médicos (59,3%) y enfermeras (44,1%) respecto a</p>

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
Tomás-Sábado J et al. 2010 (27)	España	Transversal	Observar la prevalencia de burnout y sus relaciones con el riesgo suicida, autoestima, ansiedad y depresión en enfermeras de Atención Primaria.	146 enfermeras de atención primaria.	maestros (23,5%) y población general (18,8%); $X^2=52,7$; $df=3$; $p<0,001$. Problemas psiquiátricos mayor prevalencia en suicidios de médicos (59,3%) y enfermeras (55,9%) respecto maestros (44,7%) y población general (40,1%); $X^2=10,8$; $df=3$; $p=0,013$. Tratamiento psiquiátrico (en los 3 meses previos al suicidio) mayor prevalencia en médicos (59,3%) y enfermeras (61%) que profesores (45,9%) y población general (41,1%); $X^2=13,92$; $df=3$; $p=0,003$. La consulta profesional para pedir ayuda por problema psiquiátrico fue más frecuente en enfermeras (45,8%) y médicos (37%) que en maestros (34,1%) y población general (23,7%); $X^2=21,81$; $df=3$; $p=0,001$. Problemas laborales más prevalencia de suicidio en médicos (18,5%), maestros (16,5%), enfermeros (6,8%) y población general (4,8%); $X^2=34,28$; $df=3$; $p>0,0019$. Prevalencia de burnout y riesgo suicida (6,2%). Variables identificadas como predictoras del riesgo suicida: depresión, ansiedad y cansancio emocional (análisis regresión lineal múltiple; $42,7\%(R^2_p)$ de la varianza.
Skegg K et al. 2010 (14)	Nueva Zelanda	Transversal	Examinar el suicidio por grupos ocupacionales identificados en Nueva Zelanda. Centrado en ciertos grupos con altas tasas de suicidio, ver si el acceso a los métodos de suicidio suponen mayor riesgo.	940 suicidios de un total de 7.329 muertes en las ocupaciones de interés estudiadas entre 15- 64 años en un periodo de 30 años.	Riesgo de suicidio según profesión, mayor riesgo: enfermeros (1,7 IC95% 1,2-2,5), enfermeras (1,3 IC95%1,0-1,6), matarifes y cazadores (3,0 IC95% 1,7-4,8), mujeres farmacéuticas(2,5 IC95% 0,8- 5,9). Mayor riesgo de suicidio por uso de tóxicos en: enfermeros (44,3%), médicos (52,4%), farmacéuticos (69,2%).
Fridner A et al. 2009 (24)	Suecia e Italia	Transversal	Identificar riesgos potenciales y factores protectores asociados con ideación suicida reciente en mujeres médicas.	511 médicas de Hospitales universitarios. 385 suecas y 126 italianas.	Prevalencia ideación suicida 13,7% en médicas suecas y 14,3% en médicas italianas. Autodiagnóstico y autotratamiento se relacionan con ideación suicida reciente en médicas suecas e italianas (OR 2,12 IC95% 1,21-3,73).

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
Lindfors P M et al. 2009 (23)	Finlandia	Transversal	Investigar los factores relacionados con ideación y comportamiento suicida en anestesiólogos finlandeses analizando aspectos del trabajo, personales y familiares.	550 anestelistas se envió cuestionario sobre ideas y/o planes y/o intentos de suicidio (60% respondieron) *respondedores n= 328; 175 hombres y 153 mujeres; media de edad 47 años.	Factores asociados con ideación suicida reciente: <ul style="list-style-type: none"> — En médicas suecas: <ul style="list-style-type: none"> • experiencia humillante/acoso en el trabajo (OR 3,03 IC95% 1,48-6,23). • posibilidad de reunión para exponer situaciones de conflicto laboral (OR 0,36 IC95% 0,05-0,69). — En médicas italianas: <ul style="list-style-type: none"> • el diálogo ante conflictos laborales (OR: 0,21 IC95% 0,05-0,86). • asignar trabajos sin los recursos adecuados (OR 5,0 IC95% 1,32-18,8). Prevalencia de ideación suicida 25% de anestelistas: 22% se lo había planteado y 2% lo había planeado. Asociación entre riesgo de ideación suicida y: <ul style="list-style-type: none"> — mal estado de salud (OR 11,2 IC95% 3,8-33,0) — bajo apoyo social (OR 10,5 IC95% 4,0-27,9) — problemas familiares (OR6,5 IC95% 3,4-12,5) Asociación entre riesgo de ideación suicida y existencia de: <ul style="list-style-type: none"> — depresión (OR 6,3 IC95% 3,6-10,9) — consumo de antidepresivos (OR 13,1 IC95% 4,2-41,1) — ≥ 6 resacas/año (OR 2,8 IC95% 1,5-5,0) — consumo de tabaco y drogas esnifadas (OR2,4 IC95% 1,3-4,4) — conflictos con compañeros (OR 4,1 IC95% 2,3-7,1) — conflicto con jefes (OR 2,1 IC95% 1,2-3,6) — síntomas de estrés por las guardias (OR3,9 IC95% 1,9-3,8)
Van der Heijden F et al. 2008 (28)	Holanda	Transversal	Investigar la prevalencia de burnout y su relación con ideación suicida en médicos residentes de Holanda.	Todos los médicos residentes de holanda n=5.126 Del total de residentes respondieron el 41,3% de las encuestas n= 2.115.	12 % admite presentar al menos un pensamiento suicida durante la residencia. 20.6% con burnout. Los residentes de psiquiatría son los que presentan mayor prevalencia de ideas suicidas (21,6% $\chi^2=35,86$ $df=3$; $p<0,001$).

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
Agerbo E et al. 2007 (17)	Dinamarca	Caso-control	1) ¿Existen diferencias en las tasas de suicidio entre diferentes ocupaciones? 2) ¿Son las diferencias en las tasas de suicidio debido a l diferencias en morbilidad psiquiátrica? 3) ¿Se explican estas diferencias por las diferencias en el nivel socio-económico y los factores demográficos?	3.195 suicidios (898 mujeres); 63900 controles. Suicidio en el periodo 1991-1997. Cada suicidio tenía 20 controles. Todos que vivieran en Dinamarca desde los últimos 2 años. 55 ocupaciones.	Prevalencia de ideación suicida mayor en residentes con burnout que sin burnout (20,5%vs7,6%) $X^2=182,9$; $p<0,001$. Relación entre ideación suicida y las diferentes dimensiones de burnout: cansancio emocional ($r=0,25$ $p<0,001$), despersonalización ($r=0,17$ $p<0,001$) y baja realización personal ($r=-0,007$ $p<0,01$). Por profesión el mayor riesgo de suicidio es en médicos (RR 2,73 IC95% 1,77-4,22), personas sin empleo (RR 2,47 IC95% 1,87-3,28) y enfermeros (2,04 IC95% 1,34-3,11) respecto maestros. Por género las mujeres en profesiones de hombres aumentan su riesgo de suicidio (RR 1,68 IC95% 1,06-2,68). Riesgo de suicidio por tóxicos elevado en médicos sin diferencias de género. Cuando se excluye de la población aquellos con antecedentes psiquiátricos en todas las ocupaciones los suicidios disminuyen excepto en los médicos.
Petersen M R et al. 2007 (21)	Estados Unidos	Transversal	Usar registros y censos de 26 estados de USA. Examinar el riesgo de suicidio en trabajadores médicos y dentistas.	Todos los casos de médicos víctimas de suicidios certificados en los 26 estados de EEUU De 1984 - 1992. NOMS: National Occupational mortality surveillance.	En métricas blancas de USA hay tasas de suicidio mayores que en población general (SRR 2,39 IC95% 1,52-3,77). En varones blancos médicos y dentistas tasas menores de suicidio que en población general (SRR 0,80 IC95% 0,53-1,20 y 0,68 IC95% 0,52-0,89). En cambio en médicos y dentistas varones blancos de mayor edad se observan ratios de suicidio elevados.
Hem E et al. 2005 (13)	Noruega	Transversal	Comparar las tasas suicidio en 5 profesiones entre graduados y población general de acuerdo a sexo, edad y periodo de tiempo.	n= 15.705 suicidios de 1960 al 2000 por décadas en médicos, dentistas, enfermeros, policías y otros.	Las mayores tasas de suicidio tanto en hombres como en mujeres se dan en: — hombres médicos (43,0 IC95% 35,3-52,5) — dentistas (32,9 IC95% 23,3-46,5) — mujeres médicos (26,1 IC95% 15,2-44,9) — enfermeros (24,4 IC95% 14,4-41,1)

AUTOR Y AÑO	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	TAMAÑO MUESTRA Y CONTEXTO	RESULTADOS
Schernhammer et al. 2004 (9)	E S Países europeos y Norteamérica	Metanálisis	<p>Evaluar la evidencia relativa a suicidio que se ha acumulado hasta la fecha.</p> <p>Presentar las relaciones globales de las tasas de suicidio para médicos hombres y mujeres y describir las razones para las variaciones en los resultados del estudio.</p>	<p>454 estudios principalmente de MEDLINE y psycINFO.</p> <p>25 estudios con las razones de tasas de suicidio que cumplieron criterios de inclusión.</p>	<p>Mayor tasa de suicidio a mayor edad (>60 años) en médicos y otros profesionales cualificados, mientras en los no cualificados es mayor en el grupo de 40-60 años.</p> <p>La tasa de suicidio en 1990 fue significativamente más baja que en 1980.</p> <p>Riesgo significativamente mayor de suicidio entre los médicos de sexo masculino que entre la población general, la proporción global de los tasas de suicidio fue de 1,41 IC95% 1,21-1,65 Riesgo de suicidio significativamente mayor entre las médicas que entre la población en general, la proporción de la tasa de suicidio fue de 2,27 IC95% 1,90 a 2,73.</p> <p>La proporción de la tasa de suicidio real de las médicas es sustancialmente mayor que la de los médicos varones.</p>

Edad

Cuatro de los artículos revisados comparan la mortalidad por suicidio según la edad, y la mayoría concluye que el riesgo aumenta según aumenta la edad^{13, 20, 21}.

Gagné encuentra que las mujeres que han consumado el suicidio lo hacen a una edad menor que los hombres¹².

Estado civil

Uno de los artículos revisados encuentra que hay mayor proporción de suicidio en los médicos casados que en los no casados (OR 1,7 IC95% 1,27- 2,28)²⁰, sin embargo otro no encuentran diferencias significativas para riesgo suicida en función del estado civil de su población de estudio¹⁸. Gagné et al. observan una mayor tendencia de los médicos suicidas a vivir en pareja respecto a los controles (51,6% vs 31,4%)¹².

Método de suicidio

Austin et al. en su estudio refiere que la mayoría de casos de suicidio fueron por sobredosis medicamentosa (89,9%) y las sustancias más empleadas fueron anestésicos, barbitúricos y opiáceos¹⁹.

Tres de los estudios evalúan las tendencias del método de suicidio empleado dependiendo de la profesión y encuentran diferencias significativas en el uso de medicamentos como método de suicidio, siendo mayor su uso en profesionales sanitarios respecto a los grupos control^{14, 16, 18}. En uno de ellos además se observó que las mujeres médicos, enfermeras y farmacéuticas elegían con mayor frecuencia este método de suicidio, sobre todo en las mujeres médicos ($X^2=19,3$ $p<0,001$)¹⁶.

Gold et al. en su estudio realizado en población de 16 estados de EEUU, publica que el método de suicidio más prevalente en los profesionales médicos es el suicidio con arma de fuego (48%) y el segundo en frecuencia el envenenamiento (23,5%). En los profesionales no médicos el método más prevalente fue suicidio por arma de fuego (54%), seguido de asfixia (22%) y como tercera causa el envenenamiento (18%)²⁰.

Gagné et al. en su estudio realizado en Canadá revelan que el ahorcamiento fue el método más empleado para el suicidio tanto en profesionales médicos (41,7%) como no médicos (50%). No encontró diferencias estadísticamente significativas al comparar los métodos específicos de suicidio en los distintos grupos, aunque en porcentajes absolutos las armas de fuego fueron empleadas con mayor frecuencia en la población general que en médicos (13,9% vs 5,6%) y el envenenamiento fue más frecuente en médicos que en población general (30,6% vs 16,7%)¹².

Factores psicosociales relacionados con suicidio

Patología psiquiátrica asociada

Dos artículos encuentran que un elevado porcentaje de profesionales sanitarios presentaban algún tipo de trastorno mental en el momento del diagnóstico, siendo el trastorno más común la depresión unipolar^{12, 18}. En uno de ellos, indican que en los distintos grupos de sanitarios que habían cometido suicidio la prevalencia de trastorno mental era mayor que en el grupo de maestros y población general, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($X^2=10,8$ $df=3$ $p=0,013$)¹⁸. Hawton et. al en cambio no encontraron diferencias estadísticamente significativas de riesgo de suicidio entre profesionales sanitarios con historia psiquiátrica previa y aquellos sin historia psiquiátrica¹⁶. Gold et. al también refieren que no había diferencias significativas en la existencia de patología mental entre los dos grupos de suicidas (médicos 46% vs otras ocupaciones 41%); ni en la existencia de ánimo deprimido en el momento del suicidio (42% vs 39%)²⁰.

Agerbo et al. encuentran en su estudio que tienen menor riesgo de suicidio aquellos que no han contactado con servicios de psiquiatría, en cambio en los profesionales médicos no se observan estas diferencias¹⁷.

Abuso de alcohol y drogas

Los dos estudios que incluyen las variables de problemas de consumo de alcohol y otras drogas encuentran que los médicos que se suicidaron eran menos propensos a presentar este tipo de consumo (Gold 14%vs23%, $p=0,004$)^{12,20}.

Problemas de trabajo

Gold et al. encuentra que la relación entre problemas de trabajo y riesgo de suicidio es mayor en los médicos (OR 3,12, IC95% 2,10–4,63) mientras que tener una crisis laboral en las últimas dos semanas o la muerte de un amigo o familiar se relacionó con aumento del riesgo de suicidio en personal no médico²⁰.

Kolves et al. encontró diferencias significativas en cuanto a la prevalencia de suicidio relacionado con problemas laborales para los distintos profesionales; éstos además fueron más prevalentes en los médicos 18,5%, seguido de los maestros 16,5% y mucho más bajo en enfermeros 6,8% y en el resto de la población (4,8%; $X^2 34,28$ $df=3$ $p<0,0019$)¹⁸.

Ideación suicida

Ocho de los artículos versan sobre ideación suicida en personal sanitario. En todos ellos la información para los estudios de los artículos publicados se ha obtenido mediante encuestas a profesionales del sector.

Comparación entre profesionales sanitarios y otras profesiones

Un estudio encuentra una prevalencia de ideación suicida en los cirujanos americanos de 6,4%. Cuando lo compara con la de la población general, sólo encuentra diferencias significativas entre los grupos cuando realiza una estratificación por grupos de edad, siendo la prevalencia mayor en el grupo de los cirujanos en los estratos de 45-54, 55-64, y mayores 65 años²².

Prevalencia de ideación suicida por especialidades sanitarias

Anestesiastas

Lindfors et al. encuentra que el 25% de los anestesiastas finlandeses encuestados había presentado ideación suicida; el 22% de los encuestados se había planteado el suicidio y el 2% lo había tenido planificado en algún momento²³.

Médicos sin diferenciar especialidad

Fridner et al. con los datos del estudio HOUPE en 2009 encuentra una prevalencia de ideación suicida de 13,7% en las mujeres médicos de Suecia y 14,3% en las médicos de Italia encuestadas²⁴. Cuando analizan los datos de los médicos varones en 2011 encuentra una prevalencia de ideación suicida del 12% en ambos países²⁵.

Rosta et al. evalúa la ideación suicida en médicos mediante una encuesta tipo Likert sobre ideas suicidas en 2000 y 2010, encontrando una disminución de la ideación suicida en el tiempo²⁶.

Enfermería

Se encontró una prevalencia de ideación suicida de 6,2% en el grupo de enfermería de Atención Primaria²⁷.

Residentes

En los residentes holandeses se ha encontrado que un 12% ha tenido al menos un pensamiento suicida durante la residencia, siendo significativamente mayor en los residentes de psiquiatría (21,6 %; $X^2=35,86$, $p<0,001$)²⁸.

Características sociodemográficas

Sexo

Ninguno de los 3 artículos encontrados que compara la ideación suicida entre géneros encuentra diferencias significativas entre ambos sexos^{22,27,28}.

Edad

Un estudio encuentra diferencias en la ideación suicida de los cirujanos americanos en los distintos grupos de edad. Siendo la prevalencia mayor en el grupo de 45 a 54. Además encuentra que los mayores de 65 años tienen tendencia a presentar menor ideación suicida de forma significativa²². Otros dos estudios no observaron asociación significativa entre edad e ideación suicida^{27, 28}.

Estado civil/vida familiar

Dos estudios evalúan factores socio-familiares que podrían estar en relación con la presencia de ideación suicida. Uno encuentra que los cirujanos casados tienen menor tendencia a presentar ideación suicida al igual que los que tienen hijos, y mayor riesgo de ideación suicida los divorciados²². Mientras que otro concluye que los médicos con peor estado de salud, los que presentan bajo apoyo social y los que presentan problemas familiares tienen mayor tendencia a presentar ideación suicida²³.

Factores psicosociales relacionados con ideación suicida

Historia psiquiátrica

Dos autores encuentran relación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas depresivos y el hecho de presentar riesgo de ideación suicida^{22, 23}. Además los que tenían ideación suicida tenían mayor tendencia a consultar con un especialista en salud mental y a tomar medicación durante los últimos 12 meses.

Fridner et al. en 2012, encontraron que el 79,2% de los médicos con ideación suicida no habían buscado ayuda para depresión o burnout. Intentan identificar qué variables influyen en la búsqueda de ayuda cuando hay ideación suicida, viendo que los varones con ideas suicidas que se dedicaban a la investigación eran más propensos a no buscar ayuda, mientras que los que habían tenido alguna experiencia desagradable o acoso eran más propensos a consultar²⁹. El mismo grupo de trabajo en otro estudio publicado en 2009 identifica que el autodiagnóstico y el autotratamiento se relaciona con ideación suicida reciente tanto en médicas suecas como italianas (OR 2,12 IC95% 1,21- 3,73)²⁴.

Consumo de tóxicos y alcohol

Se ha encontrado relación entre el consumo de drogas y mayor riesgo de ideación suicida en anestesistas finlandeses. También el consumo perjudicial de alcohol y el consumo de tabaco o drogas esnifadas se ha relacionado con el incremento de riesgo de ideación suicida²³.

Problemas de trabajo

Siete de los estudios intentan relacionar factores laborales con el riesgo de ideación suicida²²⁻²⁸. Rosta et al. observan que tener elevados niveles de estrés

psicosocial en el trabajo actúa como variable predictora de ideación suicida (OR 1,92 IC95% 1,06- 3,46)²⁶.

El estudio HOUPE ha encontrado factores laborales que parecen asociarse con el riesgo de ideación suicida. Vieron que el haber presentado una experiencia humillante o acoso laboral aumentaba el riesgo de ideación suicida en médicas suecas y médicos suecos e italianos. En las mujeres médicos de ambos países también encontraron mayor riesgo de ideación suicida en aquellos que habían buscado ayuda para la depresión o el burnout. Como factores protectores para la ideación suicida, encontraron que las reuniones en el trabajo para tratar sobre situaciones estresantes o el apoyo en el trabajo cuando existían conflictos, disminuía el riesgo en las mujeres médicos suecas y los médicos italianos y suecos. En los médicos italianos también encontraron que la autogestión del trabajo asignado disminuía el riesgo de ideación suicida^{24, 25}.

Shanafelt et al. encuentran relación estadísticamente significativa entre la ideación suicida y el burnout. La prevalencia de ideación suicida incrementa además en relación a la severidad del burnout, independientemente de la existencia de depresión²². En los residentes también se ha encontrado esta relación²⁸.

En otro estudio identifican los conflictos con los compañeros y los jefes y los síntomas de estrés en relación a las guardias como las variables más fuertemente relacionadas con la ideación suicida²³.

En las enfermeras de primaria se identificaron la depresión, ansiedad y cansancio emocional como variables predictoras del riesgo suicida²⁷.

DISCUSIÓN

El suicidio en el momento actual en nuestro entorno es una de las primeras causas externas de muerte en la población general¹. La OMS recientemente ha realizado un plan de actuación para identificar factores de riesgo para la salud mental, considerándolo una de sus prioridades de acción³⁰. En relación con este tema, varios estudios a nivel mundial han analizado la prevalencia de suicidio consumado e ideación suicida en los diferentes grupos profesionales. Muchos de ellos coinciden que la prevalencia en profesionales sanitarios es de las más elevadas^{6, 7, 10, 11}, a mayoría de los artículos revisados están de acuerdo con esta afirmación^{9, 13, 15-18}. Esto podría relacionarse con las particulares exigencias de este colectivo, con condiciones y organización de trabajo casi exclusivas de este sector, dedicados al cuidado de los pacientes, con la presencia en ocasiones de situaciones de ansiedad e impotencia. Además la cultura tradicional de la medicina concede poca importancia al cuidado de la salud mental del profesional, teniendo poca formación en conocimientos y habilidades psicosociales de estos profesionales para hacer frente a los retos que se les presentan durante la práctica diaria. Shang et al. en cambio en su estudio encuentran que la probabilidad de morir por suicidio es menor que la población general. Esto podría ser explicado porque en el lugar de realización del estudio (Taiwán) existen tasas de suicidio muy elevadas para la población general, y este es el único estudio asiático encontrado en la búsqueda mientras que el resto analiza poblaciones occidentales con distintas características psicosociales⁴. El sector sanitario se incluye dentro de un entramado social que varía mucho de un país a otro.

Posiblemente en muchas ocasiones las prevalencias están infravaloradas, unos porque se basan en Registros de Defunciones y en ocasiones cuando se produce un evento de tal magnitud y tanta repercusión como el suicidio de un profesional sanitario este se intente incluir en la lista de accidentes, para evitar el estigma social. En los estudios de ideación suicida también podría ocurrir esto, ya que se basan en encuestas autoadministradas para valorar la existencia de ideación suicida, y como se ha descrito en otros estudios los médicos, en especial, presentan dificultades a la hora de reconocer la presencia de patología mental por miedo a que afecte a su vida laboral¹⁰.

Se han observado tasas mayores de suicidio dependiendo de la especialidad, siendo las más elevadas en anestesistas, psiquiatras, médicos de familia y residentes. La mayoría lo intentan explicar por el mayor acceso a métodos letales¹⁹. Este acceso a los distintos métodos también podría dar luz a que los profesionales sanitarios utilizan con más frecuencia que la población general los tóxicos como método de suicidio^{12,14,16,18,19}. En la mayoría de los estudios que tratan este tema, se ha identificado como método principal el envenenamiento. Cabe destacar que en uno de los estudios realizado en Estados Unidos, el método de suicidio más prevalente fue el uso de armas de fuego, quizás por el acceso relativamente fácil a las mismas en dicho país²⁰. En otro estudio realizado en Canadá sorprende que el método de suicidio más prevalente tanto en población general como en médicos sea el ahorcamiento¹².

En el metanálisis realizado por Schernhammer et al. los autores observan que la tasa de suicidio estandarizada de las mujeres es mayor a la de los médicos varones, lo que parece ser una tendencia en el resto de estudios, que encuentran que aunque en la población general el riesgo de suicidio es mayor en hombres que en mujeres, en población sanitaria las diferencias entre género se ven invertidas⁹. Austin et al. comentan que las mujeres que trabajan en profesiones tradicionalmente de hombres presentan mayor riesgo de suicidio, posiblemente presenten una presión adicional por su rol social¹⁹.

Parece que algunos autores encuentran riesgo mayor en los que viven en pareja o están casados, en contra de lo observado en estudios previos. Intentan razonarlo diciendo que los médicos tienen menor tendencia a divorciarse que la clase trabajadora en general^{12, 18, 20}.

Se han identificado distintos factores psicosociales relacionados con un mayor riesgo de ideación suicida²²⁻²⁸. La edad de 45-54 años se encuentra como la más prevalente, mientras que en los mayores de 65 años parece disminuir el riesgo²². Esto podría explicarse porque en la edad media de la vida tanto los requerimientos profesionales como personales se encuentran en su momento de mayor exigencia. Sorprende que en edades mayores disminuya el riesgo, ya que se trata de profesiones que tienen una alta dedicación personal, con construcción de su círculo alrededor de la vida laboral y sería posible que aparecieran sentimientos de preocupación, aburrimiento, estados de ansiedad o depresión, pérdida de la autoestima y sentimientos de inutilidad, lo que podría predisponer a mayor ideación suicida. Por otra parte los que presentan mayor índice de burnout o riesgos laborales podrían ver este momento como el descanso esperado.

La relación entre síntomas depresivos y aparición de ideación suicida es esperable en este sector, igual que en la población general. Estos resultados son compartidos por la mayoría de los estudios²²⁻²⁴. En ocasiones este estado de ánimo les puede llevar a un mayor consumo de tóxicos y alcohol como forma de evasión o al autotratamiento como forma ineficaz de abordar el malestar psíquico^{10, 23-24}.

Como hallazgo importante, destacamos la identificación por parte de diversos estudios de factores laborales que influyen en la ideación suicida²²⁻²⁸. Se ha encontrado relación significativa con la existencia de burnout e ideación suicida²⁴⁻²⁵, y también que aquellos profesionales que buscan ayuda para la depresión o burnout presentan mayor riesgo de suicidio^{24-26, 28}. Se intenta razonar que esta relación sea porque cuando buscan ayuda es en el momento en que sus mecanismos de defensa se han visto sobrepasados. Se identifican también factores laborales protectores (autogestión del tiempo, apoyo por compañeros y jefes, reuniones para tratar conflictos)²⁴⁻²⁵, que se ha comprobado que favorecen un entorno laboral con menor estrés psicosocial.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los estudios revisados se ha observado un aumento del riesgo de suicidio e ideación suicida en los profesionales sanitarios respecto a la población general y otras ocupaciones.

Entre los profesionales sanitarios también se han encontrado grupos que podrían tener mayor riesgo como los psiquiatras, anestesistas y residentes.

Aunque en la población general se ha visto un mayor riesgo de suicidio en hombres que en mujeres entre los profesionales sanitarios este orden se ve invertido.

Se ha encontrado relación entre riesgo suicida y edad, siendo en varios estudios el riesgo mayor en edades avanzadas de la vida.

Entre los profesionales sanitarios el método más empleado en la mayoría de estudios es el uso de tóxicos o medicamentos, posiblemente debido a su mayor acceso a los mismos y al conocimiento de sus efectos.

En la presente revisión sistemática se ha visto que en los médicos con ideación suicida o que consumaron el suicidio era frecuente encontrar patología mental asociada, siendo la más prevalente la depresión.

Entre los sanitarios se observa una tendencia a evitar el contacto con salud mental que podría explicarse por el miedo al estigma social y comprometer su carrera profesional. Esto puede suponer que en muchas ocasiones se comprometa además de la propia salud, la seguridad de los pacientes.

Se han identificado varios factores relacionados con el ambiente laboral que aumentan el riesgo de aparición de ideación suicida y suicidio. El burnout, la sobrecarga de trabajo, las exigencias de trabajo sin contar con los medios adecuados, los problemas con compañeros o jefes, haber experimentado situaciones degradables o humillantes en el trabajo y el acoso laboral, actuarían como factores riesgo de ideación suicida. El apoyo del entorno de trabajo ante una crisis, la posibilidad de discutir las situaciones estresantes, la autogestión de los horarios o la carga de trabajo se han identificado como factores protectores de suicidio.

Identificar a poblaciones de mayor riesgo suicida y conocer los factores que influyen en el mismo podría ayudar a desarrollar estrategias de prevención en este ámbito.

Cabe destacar que en nuestro país no se disponen de registros fiables sobre distribución de muertes por suicidio según la profesión, sería interesante disponer de estos datos para poder poner en marcha estudios en nuestro país, conocer el alcance real del problema y establecer estrategias de prevención en el ámbito psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa, defunciones según la causa de muerte año 2010. 20 Marzo 2012. <http://www.ine.es/prensa/prensa.htm>. Consultado el 15 de enero de 2014.
2. Pagina web, Prevención del Suicidio. Departamento de Psiquiatría Universidad Autónoma de Madrid. http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=151. Consultado el 15 de enero de 2014.
3. Aasland OG, Hem E, Haldorsen T, Ekeberg Ø. Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health* 2011 Mar 22;11:173.
4. Shang TF, Chen PC and Wang JD. Mortality of doctors in Taiwan. *Occup Med (Lond)*. 2011 Jan;61(1):29-32.
5. Torre DM, Wang NY, Meoni LA, Young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav* 2005 Apr;35(2):146-53.
6. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health* 2001 May;55(5):296-300.
7. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonngvist J. A systematic review on Gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996 Mar; 168 (3): 274-9.
8. Lagro-Janssen AL, Luijs HD. Suicide in female and male physicians. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2008 Oct 4; 152(40): 2177-81.

9. Schernhammer ES, Colditz GA: Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004 Dec;161 (12): 2295-302.
10. Mingote J C, Crespo D, Hernández M, Navío M, Rodrigo C. Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab (Internet)* 2013; 59 (231) 176-204.
11. Hawton K, Vislise IL. Suicide in nurses. *Suicide Life Threat Behav.* 1999; 29 (1):86-95.
12. Gagné P, Moamai J, and Bourget D. Psychopathology and Suicide among Quebec Physicians: A Nested Case Control Study. *Depress Res Treat.* 2011;2011:936327.
13. Hem E, Haldorsen T, Aasland O G, Tyssen R, Vaglum P, Ekeberg O. Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychol Med.* 2005 Jun;35(6):873-80.
14. Skegg K, Firth H, Gray A, Cox B. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 May;44(5):429-34.
15. Stallones L, Doenges T, Dik BJ, Valley MA. Occupation and suicide: Colorado, 2004-2006. *Am J Ind Med.* 2013 Nov;56(11):1290-5.
16. Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population- based registers. *J Affect Disord.* 2011 Nov;134(1-3):320-6.
17. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med.* 2007 Aug;37(8):1131-40.
18. Kolves K, De Leo D. Suicide in medical doctors and nurses: an analysis of the queensland suicide register. *J Nerv Ment Dis.* 2013 Nov;201(11):987-90.
19. Austin AE, Van den Heuvel C, and Byard W R. Physician Suicide. *J Forensic Sci.* 2013 Jan;58 Suppl 1:S91-3.
20. Gold K J, Sen A, M.S, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013 Jan- Feb;35(1): 45-49.
21. Petersen M R and Burnett C A. The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occup Med.* 2008;58:25-29.
22. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D et al. Suicidal Ideation Among American Surgeons. *Arch Surg.* 2011;146(1):54-62.
23. Lindfors P M, Meretoja O A, Luukkonen R A, Elovainio M J and Leino T J. Suicidality among Finnish anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009;53:1027-1035.
24. Fridner A, Belkić K, Marini M, Minucci D, Pavan L, Schenck-Gustafsson K. Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors. *Gend Med.* 2009 Apr;6(1):314-28.
25. Fridner A, Belkić K, Minucci D, Pavan L, Marini M, Pingel B et al. Work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy: the health and organization among university hospital physicians in Europe (HOUPE) study. *Gend Med.* 2011 Aug;8(4):269-79.
26. Rosta J and Aasland O G. Changes in the lifetime prevalence of suicidal feelings and thoughts among Norwegian doctors from 2000 to 2010: a longitudinal study based on national samples. *BMC Psychiatry* 2013;13:322.
27. Tomás-Sábado J, Maynegre-Santaulària M, Pérez-Bartolomé M, Alsina-Rodríguez M, Quinta-Barber R, Granell-Navas S. Síndrome de burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enferm. Clín.* 2010 May- Jun;20(3):173-178.
28. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res.* 2008;12(4):344-6.
29. Fridner A, Belkić K, Marini M, Marie Gustafsson Sendéna, Schenck-Gustafsson K. Why don't academic physicians seek needed professional help for psychological distress? *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13626.
30. WHO (2012). Mental Health Action Plan Europe. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors.
31. http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf. Consultado el 10 de Diciembre de 2013.