



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

La relación existente entre suicidio y profesión ejercida.  
Especial referencia al personal sanitario

Autor

**Berta García Bayo**

Director

Vicente Pedro Lafuente Pastor

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2017

## RESUMEN

Existen determinadas profesiones que presentan un mayor riesgo de ideación y hasta de consumación del suicidio por parte de sus trabajadores. Es el caso del personal sanitario, cuyas características laborales, que implican presión de tiempo de trabajo, desgaste emocional o elevado nivel de estrés, los hacen más susceptibles de padecer problemas psíquicos que incluso pueden derivar en el deseo de acabar con su vida. Por ello es importante llevar a cabo una correcta prevención de los riesgos psicosociales asociados al suicidio, con especial referencia al personal sanitario, y saber identificar cuándo las personas vulnerables pueden estar en riesgo.

**Palabras clave:** suicidio, personal sanitario, accidente de trabajo, riesgos psicosociales, prevención suicidio.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	4
2. DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO .....	5
3. EL SUICIDIO EN LA PROFESIÓN MÉDICA.....	8
3.1. La especial prevalencia del suicidio en la profesión médica .....	8
3.2. La etiología del suicidio en la profesión médica. La variable del sexo .....	9
3.3. El estrés y sus derivadas patológicas como causa del suicidio en la profesión médica: depresión y <i>burnout</i> .....	11
4. RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL SANITARIO.....	14
4.1. El estrés.....	17
4.1.1. Efectos del estrés .....	19
4.2. La violencia.....	20
4.3. Desgaste profesional o <i>burnout</i> .....	22
4.3.1. Efectos del desgaste profesional o <i>burnout</i> .....	22
4.4. Trabajo emocional.....	23
4.5. Conflicto trabajo-familia.....	24
5. LA CALIFICACIÓN DEL SUICIDIO COMO ACCIDENTE DE TRABAJO.....	25
6. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PERSONAL SANITARIO.....	32
6.1. Estrés postraumático y trabajo emocional.....	35
7. CONCLUSIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39

## 1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El presente trabajo versa sobre la relación existente entre el suicidio y la profesión ejercida, centrandose su atención en los profesionales sanitarios.

El objetivo de este estudio es conocer los principales riesgos psicosociales que sufren los trabajadores pertenecientes al ámbito sanitario, identificar a los individuos en riesgo de cometer suicidio, y exponer determinadas recomendaciones, tanto para la prevención del suicidio como para la prevención de los riesgos psicosociales que pudieran originar ideación suicida en la persona que los experimenta.

Se ha considerado de interés dedicar la investigación de este Trabajo Fin de Grado a este tema debido a que tanto el marco de la crisis económica, como la incertidumbre laboral, como los rasgos de profesiones de especial riesgo como las dedicadas al ámbito sanitario, están generando un conjunto de situaciones extremas en el trabajador que, algunas veces, desembocan en el suicidio.

La negativa tradicional de la jurisprudencia a su consideración como accidente de trabajo está cediendo de la mano de estudios científicos que se mencionan a lo largo del presente trabajo, de doctrina judicial más favorable y comprensiva, y, sobre todo, como consecuencia de la existencia de un cambio de mentalidad social que demanda una respuesta adecuada a situaciones insostenibles del trabajador en su relación laboral, que cristalizan en el acto voluntario de poner fin a su vida.

En este contexto, este Trabajo Fin de Grado se centra más en la profesión sanitaria por considerar que su especial naturaleza de trato con pacientes enfermos, de presión de tiempo, de desgaste emocional, etc., la hacen merecedora de una especial atención.

Por todo ello, para el desarrollo del presente trabajo se han abordado las investigaciones y publicaciones más relevantes sobre el suicidio en profesiones sanitarias, analizado sentencias de interés y estudiado su inclusión en el concepto de accidente de trabajo.

Asimismo, no sólo se han desarrollado medidas preventivas frente al suicidio como tal, sino que además se han tenido en cuenta los principales riesgos psicosociales que pueden incitar a una persona a tomar la decisión de quitarse la vida, con el objetivo de llevar a cabo estrategias de prevención frente a los mismos, evitando o disminuyendo el daño que estos riesgos pueden ocasionar al trabajador que los sufre.

## 2. DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

En este epígrafe se pretende analizar las consideraciones generales sobre el suicidio, así como explicar brevemente algunos datos cuantitativos acerca de las muertes que se producen de este modo.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1970)<sup>1</sup> define el acto suicida como “todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”, y explica el suicidio como la muerte derivada del acto suicida.

Emile Durkheim (1897), en su obra *El suicidio*, explica dicho término como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”. Además, Durkheim (1897) añade que “hay suicidio cuando la víctima, en el momento en que realiza la acción, sabe con toda certeza lo que va a resultar de él”.

Para Rojas (1984)<sup>2</sup>, “La palabra suicidio proviene del latín, y se compone de dos expresiones latinas: *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar. Es decir, significa matarse a sí mismo. Por lo tanto el suicidio supone un acto autoinfligido llevado a cabo por un individuo de forma voluntaria y deliberada con la intención de causarse la muerte”.

Es preciso distinguir entre idea suicida y acto suicida<sup>3</sup>. Por un lado, las personas con ideas suicidas tienen pensamientos, deseos, y planes de cometer un acto suicida en el futuro. Por otro lado, el acto suicida requiere que se produzca alguna de las siguientes situaciones:

- Intento de suicidio: con el objetivo de causar la muerte sin llegar a conseguirlo.
- Suicidio consumado: acción que comete una persona al quitarse la vida conscientemente
- Parasuicidio: la persona se produce autolesiones, no necesariamente con el objetivo de causar su muerte. El parasuicidio suele presentarse en situaciones en las que el individuo desea realizar una llamada de atención relacionada con algún hecho o circunstancia.

En cuanto a los factores clínicos, las personas que poseen una discapacidad o enfermedad crónica (o se diagnostica un pronóstico desfavorable de la enfermedad padecida por el individuo) presentan, por lo general, un mayor riesgo de cometer suicidio. Las discapacidades y enfermedades que tienen una mayor relación con el riesgo de suicidio son las siguientes: cáncer, Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), trastornos neurológicos, esclerosis múltiple, enfermedades crónicas renales y hepáticas, discapacidades motoras, visuales y auditivas, trastornos osteo-articulares con dolores crónicos, trastornos sexuales y trastornos mentales.

---

<sup>1</sup>Ministerio de salud. Presidencia de la Nación de Argentina. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/215-suicidio> [Consultado el 19 de abril de 2016].

<sup>2</sup> Aja L. (Abril de 2007). *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Congreso Latinoamericano de Educación. Congreso llevado a cabo en Bogotá, Colombia.

<sup>3</sup> FEAFES. (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental). (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est14.pdf.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf) [Consultad el 22 de abril de 2016].

Según un estudio realizado por la OMS, más de 800.000 personas se suicidan cada año, produciéndose una muerte cada 40 segundos. Estos datos posicionan al suicidio como la segunda causa de muerte entre las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años. En términos nacionales, en España son 4.000 las personas que se quitan la vida.

En la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la OMS<sup>4</sup>, en España durante el año 2014 el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, causando 3.910 fallecimientos, muy por encima de las caídas accidentales (con 2.749 muertes), y del ahogamiento, sumersión y sofocación accidental (con 2.370 muertes). En cuanto a la clasificación por sexo, el suicidio supuso la primera causa de muerte externa para los hombres, teniendo como resultado una tasa de 12,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Para el sexo femenino la situación es diferente, siendo el suicidio la tercera causa de muerte externa (datos concretos no disponibles).

El *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) y el *Outcome for Depression International Network* (ODIN)<sup>5</sup>, son dos estudios llevados a cabo de manera simultánea en varios países europeos. El ESEMED se realizó en seis países europeos y se utilizó una muestra total de 21.425, siendo la muestra española de 2.121 personas. En este estudio se descubrió una tendencia total para la ideación suicida del 4,4% y del 1,5% en cuanto a los intentos de suicidio en nuestro país, correspondiendo a la media europea un 7,8% y un 1,8% respectivamente. El ODIN investigó la existencia de ideación suicida en una muestra compuesta por 7.710 personas de cinco países de Europa. España fue uno de los países estudiados, cuya muestra reveló que el 2,3% de la población adulta (entre 18 y 65 años) presentaba algún tipo de grado de ideación suicida.

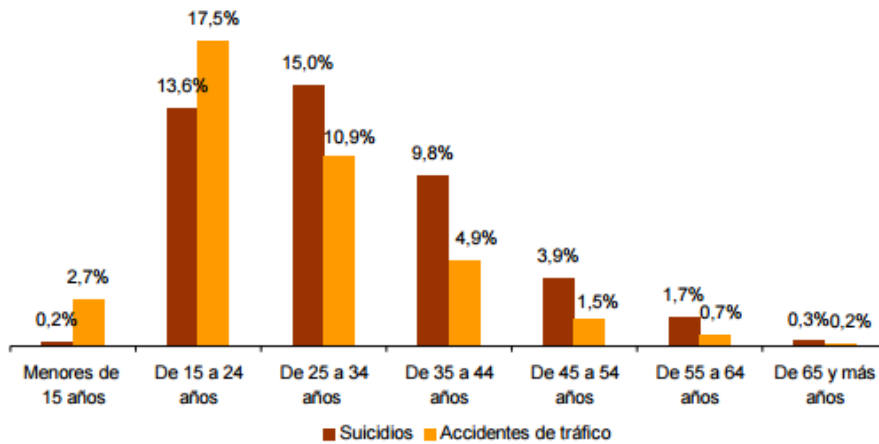
---

<sup>4</sup> Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2014. Notas de prensa. Recuperado de:  
<http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>  
[Consultado el 25 de abril de 2016].

<sup>5</sup> Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid. *Prevención del suicidio. Magnitud del problema en España*. Recuperado de:  
[http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=93&Itemid=151](http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=151)  
[Consultado el 25 de abril de 2016].

## GRÁFICO 1

### Porcentaje de fallecidos por suicidio y ac. de tráfico sobre total de defunciones por edad Año 2012



*Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa, defunciones según la causa de muerte (2012)*

Como se puede observar en los estudios mencionados anteriormente, los datos referentes al suicidio comienzan a ser analizados cuantitativamente. Así, el Instituto Nacional de Estadística (INE) muestra, a través de este gráfico, la comparativa existente durante el año 2012 entre las muertes derivadas de suicidio y las muertes derivadas de accidentes de tráfico en España. Como indica el gráfico, los índices más altos para ambas causas de muerte están comprendidos entre los 15 y los 44 años. Los únicos intervalos de edad en los que el porcentaje de muertes por accidente de tráfico superan al porcentaje de muertes por suicidio corresponde a la población menor de 15 años y a la población comprendida entre los 15 y los 24 años. Para el resto de intervalos de edad el porcentaje de fallecidos como consecuencia de suicidio es superior al porcentaje de fallecidos como consecuencia de accidentes de tráfico, destacando la franja de edad comprendida entre los 25 y los 34 años (15% correspondientes a fallecimiento por suicidio frente a un 10,9% como consecuencia de accidentes de tráfico), seguida del intervalo de edades comprendidas entre los 35 y los 44 años (9,8% frente a un 4,9%, respectivamente).

### 3. EL SUICIDIO EN LA PROFESIÓN MÉDICA

Dublin y Spiegelman (1947)<sup>6</sup>, a partir de un grupo de médicos de Estados Unidos, estudiaron la esperanza de vida y las causas que provocan la muerte en este colectivo de profesionales. Los autores señalan que “es notable descubrir que los hombres y las mujeres de la profesión, dedicados a mejorar la salud de los demás, fracasan en proteger la de ellos mismos”.

#### 3.1. La especial prevalencia del suicidio en la profesión médica

La revista electrónica *Medicina y Seguridad del Trabajo*, en una edición especial dedicada a la prevención del suicidio en médicos, hace referencia a Craig y Pitts (1968) y su estudio acerca de las tasas de suicidio para cada especialidad médica. Su investigación obtiene como conclusión que la especialidad con una mayor tasa de suicidio corresponde al área psiquiátrica. Sin embargo, la muestra que se utilizó para el estudio era de pequeño tamaño, por lo que no puede considerarse la validez absoluta de dicha deducción.

La misma revista anteriormente nombrada señala la investigación que llevó a cabo King (1970). El autor estudió las principales causas de mortalidad en individuos varones dedicados a distintas profesiones (maestros, abogados, sacerdotes y médicos). El ámbito geográfico abarcado fue Norteamérica y varios países europeos. Los resultados revelaron que eran los médicos el grupo profesional que presentaba una mayor morbilidad como consecuencia de enfermedades cerebrovasculares, coronarias, y suicidio.

Según Blachly, Disher y Roduner (1968)<sup>7</sup> las tasas de suicidio referentes a las distintas especialidades presentan una gran variedad. Para los autores, la tasa mayor, coincidiendo con Craig y Pitts (1968), corresponde a los psiquiatras, presentando una tasa de 61 suicidios por cada 100.000 psiquiatras. Por el contrario, los pediatras son el grupo de especialistas con una tasa más baja, siendo ésta de 10 suicidios por cada 100.000. En cuanto a la edad con mayor riesgo de suicidio, son los médicos de entre los 45 y los 64 años los que presentan una mayor incidencia de cometer suicidio, según una investigación realizada por Steppacher y Mausner (1974)<sup>8</sup>. Además de la edad con mayor riesgo de suicidio, los autores de la investigación revelaron que, a pesar de que en la población general sean los hombres quienes presentan una mayor tasa de suicidios consumados, en el ámbito sanitario son las médicas quienes reflejan una mayor tendencia al suicidio. La tasa de suicidio del sexo femenino que ejerce la profesión médica es 4 veces mayor a la tasa de las mujeres de la población general. Esto se debe a la alta presencia de trastornos depresivos que sufren las doctoras (Craig y Pitts, 1968).

A esta misma conclusión llega también Preven (1983), quien afirma que las mujeres dedicadas a ejercer la medicina tienen una tasa de suicidio entre 3 y 4 veces mayor que las mujeres de la población general. Este hecho puede deberse a una alta tasa de trastornos afectivos que no se tratan adecuadamente (Ducker, 1987).

Por el contrario, el sexo masculino no presenta diferencias notables entre médicos y varones de la población general (según un estudio realizado por Rich y Pitts (1979), como se indica en la sección especial

---

<sup>6,7,8</sup> Mingote, J.C.; Crespo D.; Hernández, M.; y Navío, N.; Rodrigo, C. (2013). Prevención del suicidio en médicos. Revista electrónica *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/especial.pdf> [Consultado el 3 de Mayo de 2016].



de la revista Medicina y Seguridad en el Trabajo). La investigación concluyó que la tasa de suicidio de los médicos masculinos era de 35,7 suicidios por cada 100.000 médicos, siendo la tasa de suicidio de la población general de 34,6 por cada 100.000 hombres. Como veremos posteriormente, esta información se contrasta con otros estudios que avalan que el riesgo de suicidio entre los profesionales de la salud varones es mayor que el de la población general. Coincidiendo con los resultados de las investigaciones anteriormente mencionadas, el estudio de Rich y Pitts (1979) obtuvo que los psiquiatras eran los especialistas con un mayor índice de suicidio (el doble que las demás especialidades médicas).

En la misma sección de la revista, referente a la prevención del suicidio en médicos, se menciona a de la Cruz, Corominas y Sarró (1988), quienes aseguran en sus estudios que los profesionales dedicados a ejercer la medicina poseen unos mayores índices de suicidio, siendo los psiquiatras, cirujanos, otorrinolaringólogos, dentistas y anestesiólogos quienes presentan una mayor tasa de suicidio.

Confirmando lo expuesto en este epígrafe, las publicaciones realizadas por Arnetz et al. (1987), mostraron como resultado de sus investigaciones una elevada tasa estandarizada de mortalidad derivada de suicidio en médicos (en comparación con la población general). Por otro lado, los médicos mostraban una tasa de suicidio equivalente a la de la población general.

En los años posteriores a los estudios mencionados, se llevaron a cabo numerosas investigaciones que contenían muestras más amplias, por lo que los resultados obtenidos en ellas se pueden considerar más válidos que los ya descritos hasta el momento.

### **3.2. La etiología del suicidio en la profesión médica. La variable del sexo.**

Procediendo a detallar las anteriores investigaciones, es interesante reseñar la revisión sistemática de Lindeman et al (1996) de estudios internacionales en médicos. Concretamente se revisó 14 estudios internacionales cuyas publicaciones abarcaban desde el año 1963 hasta el año 1991. Como resultado de estas investigaciones se confirmó que los médicos, como colectivo profesional, presentaban una mayor tasa de suicidio en comparación con el resto de la población general.

Un estudio llevado a cabo por Frank y Dingle en 1999 acerca del predominio de la depresión auto identificada, así como de la existencia de intentos de suicidio, reflejó que el 1,5% de las médicas habían intentado suicidarse. También se observó que aumentaba el riesgo de suicidio entre los profesionales de toxicología o profesionales que tenían un fácil acceso a drogas letales. Un 19,5% presentaba antecedentes personales de depresión u otros trastornos mentales y psiquiátricos. Estos resultados estaban ligados al sentimiento de insatisfacción profesional, la existencia de un alto nivel de estrés laboral y poseer escaso control sobre el trabajo que realizaban.

En una encuesta anónima realizada a una muestra representativa de médicos noruegos, se descubrió que el 51,1% reconocían tener pensamientos negativos acerca de la vida (relacionados con las condiciones laborales soportadas), y el 1,6% habían llevado a cabo alguna vez un intento de suicidio (Hem et al, 2000).

En el año 2000 se realizó una comparación entre médicos de Estados Unidos y la población general sobre las causas que provocan la muerte de los individuos. El periodo de tiempo que se tomó como referencia

comprendía desde el año 1948 hasta 1998. Este estudio reveló que las personas que trabajaban en el área médica presentaban menores tasas de mortalidad debidas a enfermedades respiratorias, cardiovasculares o cáncer de pulmón que la población general. Sin embargo, las tasas de mortalidad por suicidio eran mayores que las de la población general (Torre et al. 2000).

En 2001 se realizó un análisis acerca de las tasas de suicidio de los médicos noruegos registrados entre los años 1960 y 1989. En él se comparaban dichas tasas con las tasas de suicidio de otros trabajadores (con estudios universitarios y sin estudios). Se descubrieron 82 suicidios cometidos por médicos (9 de ellos realizados por mujeres). Las tasas de suicidio presentadas en médicos con sexo masculino era de 47,7 por cada 100.000 personas al año, la de individuos con otros estudios universitarios era de 20,1, y la tasa de suicidio de la población sin estudios universitarios de 22,7. Por otro lado, los profesionales sanitarios de sexo femenino presentaban una tasa de suicidio de 32,3, 13,0 para las mujeres con otros estudios universitarios, y 7,7 para las mujeres sin estudios universitarios.

Como se puede observar en los datos descritos, los médicos y médicas presentan una tasa de suicidio más elevada que el resto de colectivos estudiados. Sin embargo, las conclusiones sobre la variable sexo no son concluyentes en el apartado de los varones. Recordamos que anteriormente se ha expuesto el estudio de Richs y Pitts, 1978, en el que se indicaba la no prevalencia de un mayor índice de suicidios de los médicos varones respecto de la población en general.

Prosiguiendo estos estudios, en el año 2002 la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, elaboró numerosos estudios cuyos resultados demostraron la existencia de mayores índices de suicidio entre los profesionales de la salud, en comparación con personas dedicadas a otras profesiones y con la población general en América. En concreto, vuelve a insistirse, en contra del estudio de Richs y Pitts, que los médicos varones presentaban una frecuencia de muerte por suicidio más elevada que otros profesionales. En cuanto a las profesionales sanitarias femeninas, el porcentaje de suicidio consumado era mucho más elevado que el que presentaba el resto de mujeres de otras profesiones, siendo entre un 250% y un 400% mayor en las primeras. En el sexo femenino, la tendencia hacia una mayor prevalencia en relación con el colectivo de mujeres sí es unánime, variando sólo los porcentajes.

Pero no sólo las personas que se encuentran ya ejerciendo las labores médicas presentan ideación suicida. Según un estudio realizado por Tyssen et al. (2004), que realizaron un seguimiento medio de 3,6 años a 631 estudiantes de medicina noruegos, el 6% de los futuros médicos indicaron tener pensamientos suicidas.

Gyorffy et al. (2005) investigaron, a través de un conjunto de diferentes profesionales y una muestra representativa de médicos húngaros, la presencia de ideación suicida. Los resultados mostraron que un 12,15% de médicos y un 20,3% de médicas tenían pensamientos suicidas, mientras que el grupo formado por otros profesionales presentaba un 7,6 % en los hombres y un 12,3% en las mujeres.

Hawton (2009) escribió una publicación en la que aseguraba que entre las profesiones con mayor riesgo de suicidio se encontraban veterinarios, farmacéuticos y dentistas. Para el autor del estudio, la razón de este mayor índice de riesgo es el fácil acceso que estos profesionales tienen a determinados fármacos. Además, Hawton (2009) afirma que existe cierta asociación entre personas que ejercen la medicina y la tendencia a padecer ciertos trastornos mentales, lo que no ocurre en otras ocupaciones.

Louise B. Andrew, reconocida doctora y jefa de sección de MedlinePlus (Servicio de información en línea habilitado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos) señala en el estudio *Depresión y suicidio*<sup>9</sup> que los profesionales con mayor riesgo de cometer suicidio son los profesionales sanitarios. Según este estudio, solamente en Estados Unidos, alrededor de 400 médicos se quitan la vida cada año, cantidad que, según la doctora, equivaldría a “toda una facultad de Medicina”.

Una publicación de abril de este mismo año (2016) de Sanitaria Dos mil, (compañía editorial dedicada a la comunicación e información en el ámbito sanitario) revela que la tasa de suicidios de los profesionales de la sanidad es superior a las tasas de suicidio de profesiones como las fuerzas policiales y militares, profesionales judiciales o abogados. Estas profesiones poseen un alto riesgo de presentar conductas suicidas por parte de sus componentes. Este hecho se debe a las grandes cantidades de estrés que se ven obligados a soportar a lo largo de la jornada laboral. Además, dicho riesgo también podría verse incrementado por la negativa a comunicar situaciones de depresión por suponer que podría verse afectada su trayectoria profesional. Vinculando los estudios de esta publicación con otros ya reseñados anteriormente, los especialistas médicos que presentan una mayor tendencia a cometer suicidio son los psiquiatras, cirujanos, otorrinolaringólogos, anestesistas y dentistas.

### **3.3.El estrés y sus derivadas patológicas como causa del suicidio en la profesión médica: depresión y *burnout*.**

La propia doctora Andrew sostiene que los principales motivos que sitúan a estos profesionales entre los más propensos a quitarse la vida se relacionan con la depresión, el estrés laboral, la insatisfacción profesional, ansiedad excesiva y problemas psiquiátricos, una jornada laboral superior a ocho horas, y el acceso a drogas letales.

El grupo de edad con mayor riesgo de cometer suicidio se encuentra entre los 45 y los 64 años, seguido del grupo de los 18 a los 24 años (debido a que problemas como la depresión o el estrés aparecen también entre estudiantes de la facultad de Medicina y residentes, cuya tasa de depresión se presenta entre el 15 y el 30% de los individuos)<sup>10</sup>. Los mismos estudios revelaron, a través de una encuesta realizada a 50.000 médicos y estudiantes de Medicina en Australia, que entre dichos individuos se manifestaba la existencia de un aumento de las tendencias suicidas y trastornos psicológicos entre los profesionales y aspirantes sanitarios.

---

<sup>9,10</sup> Puglisi, J.A. (2016). Los médicos se suicidan más que juristas y policías. *Sanitaria Dos mil*. Recuperado de: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/los-medicos-se-suicidan-mas-que-juristas-y-policias-5908> [Consultado el 28 de abril de 2016].

Maria Frasquilho, médico especialista en psiquiatría<sup>11</sup>, coincide con las afirmaciones anteriormente descritas. La psiquiatra afirma que los trastornos mentales predominan en el personal sanitario (principalmente en médicos) frente a la población general. Frasquilho indica que el 47% de los médicos poseen un “rastreo positivo” para enfermedad mental, mientras que un 29% manifiestan síntomas de depresión. Esto se refleja en que un 38% de las muertes prematuras de médicos son consecuencia del suicidio.

Siguiendo la investigación que llevaron a cabo Lindeman et al. en el año 1996, en la que se reveló la existencia de una mayor tasa de suicidio entre el personal médico en comparación con la población general, en el año 1997 los mismos autores revisaron las historias clínicas de trabajadores finlandeses pertenecientes a diferentes profesiones, entre las que se encontraban ingenieros, profesores, y médicos. Se concluyó que son estos últimos quienes presentan un mayor diagnóstico somático, y que son las médicas quienes poseen una mayor tasa de depresión, así como un mayor riesgo de cometer suicidio en comparación con otras profesionales, así como con la población general.

Hem et al (2000) afirman que los profesionales sanitarios, concretamente los profesionales de la rama de medicina, actúan frente a sus impulsos suicidas, dado que existe una baja tasa de intentos de suicidio frente a una tasa alta de suicidio consumado, siendo los factores de mayor riesgo: pertenecer al sexo femenino, vivir sola y presentar síntomas de depresión que no han sido tratados eficazmente.

Se ha demostrado que el riesgo de suicidio entre los médicos varones aumenta conforme va aumentando su edad. Además, si el sujeto presenta otras circunstancias personales, como encontrarse soltero, este riesgo se ve agravado. Concretamente existe un riesgo de suicidio 5 veces mayor frente al riesgo que presentan las profesionales médicas que se encuentran casados. Según estas investigaciones, el envenenamiento es la principal vía elegida para el suicidio por los médicos, realizándose por este medio en una doble medida que la población general. El 52% de los médicos que han cometido suicidio han utilizado este medio, mientras que en el caso de las médicas, el porcentaje asciende a un 85% (Aasland et al. 2001).

Las investigaciones realizadas por Gyorffy et al. (2005) relacionaron la presencia de ideación suicida con la existencia de estrés laboral. Este estrés aparecía como consecuencia de las largas jornadas de trabajo que soportaban los individuos estudiados, existencia de ansiedad y conflicto de rol. Además de por estos resultados, la relación estrés-ideación suicida se ve apoyada por un estudio, realizado en el año 2008 por Van der Heijden, sobre un conjunto representativo de médicos residentes de nacionalidad alemana, concretamente una muestra de 2.115 individuos. Las conclusiones obtenidas a partir del mismo son las siguientes:

- El 20,6% muestran síntomas que se corresponden con la presencia de *burnout*.
- El 12% expresan haber tenido alguna vez ideas de suicidio.
- El 1% reconocen tener muchas veces ideas de suicidio.

La ideación suicida se presenta en mayor medida en personas con *burnout*, frente a personas que no lo sufren. Concretamente en un 20,5% en comparación con un 7,6%, respectivamente.

---

<sup>11</sup> Revelan tendencia al suicidio en médicos, enfermeros y psiquiatras en Portugal. *Hacer pueblo*. Recuperado de:  
<http://spanish.peopledaily.com.cn/31614/6924828.html>  
[Consultado el 28 de abril de 2016].

En el año 2002 se llevó a cabo una investigación realizada por un grupo de trabajo compuesto por 15 expertos con el objetivo de valorar la presencia de depresión y los casos de suicidio consumado entre los médicos. Los resultados fueron reveladores: los médicos no buscan ayuda profesional para tratar los trastornos mentales o de estado de ánimo, siendo escasa la prioridad que otorgan al cuidado de su propia salud mental. Las razones de este hecho son el temor a la posibilidad de la pérdida de privilegios, la retirada de la licencia para ejercer la medicina o que su carrera profesional sufra algún perjuicio. La depresión afecta a los médicos en igual medida que a la población general. La diferencia radica en que los profesionales de la salud en escasas ocasiones buscan ayuda para tratar la enfermedad, lo que se traduce en mayores tasas de suicidio consumado. Entre las principales causas por las que los médicos no buscan ayuda profesional para tratar sus problemas de salud mental se encuentran la falta de secreto profesional, la falta de tiempo para acudir a consulta, y el estigma profesional (Center et al., 2003).

Una investigación realizada por la Asociación Médica Americana en el año 1986 acerca de los médicos que habían cometido suicidio, reveló la existencia de una relación causa-efecto entre la consumación del suicidio y la presencia de depresión y problemas de adicción a sustancias, sin que estos aspectos hubiesen sido tratados. La mayoría de los médicos que habían recurrido al suicidio solían trabajar largas jornadas y en exceso, no se sentían satisfechos con su trabajo y presentaban un alto nivel de estrés. Dicho estrés no había sido diagnosticado dado que un alto porcentaje de los médicos no acuden regularmente a los servicios sanitarios (Lindeman et al 1997).

Un estudio realizado con la finalidad de investigar la situación personal y económica en la que se encontraban 38 médicos, que habían cometido suicidio entre los años 1991 y 1993 en Inglaterra y Gales, concluyó que el 65% de ellos sufrían trastornos mentales (en su mayoría depresión) y abuso de sustancias nocivas (alcohol y drogas). 25 de los 38 médicos investigados habían confesado encontrarse con grandes problemas laborales. Los profesionales estudiados apenas habían acudido a los servicios sanitarios para tratar estos trastornos y adicciones; y el principal método para quitarse la vida fue el suministro de drogas sustraídas de los centros donde trabajaban (Hawton, Malmberg y Simkin, 2004).

La ideación suicida en el colectivo médico, por tanto, está ligada a la manifestación de síntomas de *burnout* y depresión. Además, la existencia de altos niveles de *burnout*, principalmente los ligados al agotamiento emocional, se relacionan directamente con altos niveles de desesperanza (en la escala de Desesperanza de Beck, marcador que mide el riesgo de suicidio (Pompili et al. 2010).

#### 4. RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL PERSONAL SANITARIO

Con carácter introductorio, se van a analizar algunos conceptos básicos relativos a los riesgos psicosociales<sup>12</sup>, especialmente relevantes en los trastornos y disfunciones que padece el personal médico y que afectan particularmente como colectivo a su salud laboral. Los riesgos psicosociales pueden llegar a suscitar ideación suicida.

Los riesgos psicosociales representan cualitativamente el núcleo central de riesgos en el trabajo para el personal médico, conjuntamente con los biológicos. Así, los resultados obtenidos en la VI Encuesta de Condiciones de Trabajo en España<sup>13</sup>, desarrollada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, concluyen que el 74,9% de los trabajadores pertenecientes al sector sanitario apuntan que los riesgos psicosociales son uno de los principales motivos que originan accidentes laborales y enfermedades.

Es importante distinguir entre factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales.

Los factores psicosociales se encuentran en cualquier organización, puesto que aluden a las condiciones generales de la misma (derivados de la forma en que ésta se gestiona). Dichos factores pueden ser tanto favorables como desfavorables. Cuando los factores psicosociales favorecen en funcionamiento de la organización y el desarrollo profesional de sus trabajadores, se trata de factores positivos. En caso contrario se trataría de factores psicosociales negativos o desfavorables para la organización y los individuos que la componen.

Por otro lado, cuando estos factores psicosociales tienen probabilidad de producir daños en la salud de los trabajadores, así como en su bienestar estamos hablando de factores psicosociales de riesgo, siguiendo la definición desarrollada por Benavides et al. (2002).

Los riesgos psicosociales se definen como “aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido de trabajo y la realización de la tarea y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud (física, psíquica o social) del trabajador. Así, “unas condiciones psicosociales adversas<sup>14</sup> están en el origen tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de

---

<sup>12</sup> Especialmente útil para la redacción de este epígrafe ha sido el siguiente informe: Moreno Jiménez, B., y Báez, León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf> [Consultado el 29 de marzo de 2017].

<sup>13</sup> Gil-Monte, P. (2012). *Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a12v29n2.pdf> [Consultado el 15 de marzo de 2017].

<sup>14</sup> Alastruey Anza, J. C., y Gomez Etxebarria, M. Guía de Introducción a los riesgos Psicosociales Organizativos. Recuperado de: [http://www.osalan.euskadi.eus/libro/guia-de-introduccion-a-los-riesgos-psicosociales-organizativos/s94-osa9999/es/adjuntos/guia\\_psicosociales\\_2013.pdf](http://www.osalan.euskadi.eus/libro/guia-de-introduccion-a-los-riesgos-psicosociales-organizativos/s94-osa9999/es/adjuntos/guia_psicosociales_2013.pdf) [Consultado el 20 de marzo de 2017].

determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador”. Estos riesgos se refieren a “las condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con las condiciones ambientales (agentes físicos, químicos y biológicos), con la organización, con los procedimientos y métodos de trabajo, con las relaciones entre los trabajadores, con el contenido del trabajo y con la realización de las tareas, y que pueden afectar a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, tanto a la salud del trabajador como al desempeño de su labor”.

Los riesgos psicosociales se encuentran rodeados por diversos factores de riesgo, entre los que se encuentran los siguientes:

- Relaciones con el ambiente físico: ruido, temperatura, vibraciones, iluminación, etc.
- Relacionados con la organización, contenido del trabajo y realización de la tarea: condiciones laborales, horario de trabajo, pausas y descansos, trabajo a turnos, trabajo nocturno, funciones, tareas, ritmo y sobrecarga de trabajo, realización de labores monótonas, carga mental, autonomía, participación en la toma de decisiones, estilo de mando, posibilidades de promoción en la empresa y desarrollo de la carrera profesional del individuo.
- Relaciones con las interacciones humanas: se refiere a las relaciones interpersonales existentes en el lugar de trabajo.

Los riesgos psicosociales no afectan de igual manera a todos los individuos, pues las características individuales de cada trabajador, tales como la personalidad, vulnerabilidad, situación personal, capacidad de adaptación o expectativas relacionadas con el trabajo, hacen que las personas reaccionen de manera diferente ante estos factores de riesgo.

Los trabajadores que se encuentran expuestos a los riesgos psicosociales pueden presentar, además de problemas y enfermedades cardiovasculares, dolores de espalda y trastornos musculoesqueléticos, depresión, ansiedad, y diversos trastornos mentales.

Las características de los factores psicosociales de riesgo son las siguientes:

- Se extienden en el espacio y en el tiempo: los factores de riesgos psicosociales no se encuentran limitados a un lugar concreto o en un momento puntual, dado que son aspectos generales que rodean a la organización
- No suelen ser objetivos (dificultad para objetivar), puesto que estos factores no poseen una unidad de medida como tal que determine claramente su existencia.
- Afectan a los demás riesgos existentes en el lugar de trabajo (riesgos de seguridad, de higiene y ergonómicos).
- Poseen escasa protección en términos legales. Esto tiene relación con la no existencia de objetividad comentada anteriormente, ya que al no ser posible utilizar una medida que pueda determinar la existencia de los factores de riesgos psicosociales, la legislación no contempla de forma específica cuándo es necesario adoptar las medidas necesarias para su corrección, así como exigir a la organización acciones para reducir estos riesgos.
- Se encuentran moderados por otros factores, como las variables personales de cada individuo.
- Dificultad de intervención, ligada a las características anteriormente descritas.

A lo largo de los últimos años los riesgos psicosociales han cobrado importancia. Este hecho se debe al aumento del sector terciario, sector en el que la mayoría de los riesgos ya no son derivados de condiciones físicas (como sucede en el resto de sectores), sino que su procedencia se debe al ámbito organizacional y psicosocial.

Es importante conocer las características propias que presentan los riesgos psicosociales con el objetivo de poder identificarlos y adoptar las medidas necesarias para su prevención.

Las características de los riesgos psicosociales son las siguientes:

- Pueden atentar contra los derechos fundamentales de los trabajadores, entre ellos la dignidad e intimidad de la persona, el derecho a la integridad física, psíquica y personal, el derecho a la salud positiva y negativa, o el derecho a la libertad e igualdad de trato.
- Poseen efectos globales sobre la salud del trabajador, puesto que los riesgos psicosociales se asocian a altos niveles de estrés agudo, generando efectos negativos en el funcionamiento del organismo del trabajador y a sus niveles de seguridad (DSM-IV-TR, 2002).
- Afectan a la salud mental de los trabajadores. Los riesgos psicosociales, además de causar daños en la salud física de los individuos expuestos a los mismos, causan importantes perjuicios a la salud psíquica de los trabajadores. Estos riesgos pueden llegar a causar alteraciones de nivel cognitivo, emocional y conductual que degenera en depresión, conductas suicidas y suicidio consumado.
- Poseen cobertura legal a través de un desarrollo legislativo inicial y de una jurisprudencia adecuada a los riesgos psicosociales. Existen directivas europeas que contemplan la importancia del conocimiento y la prevención de ciertos riesgos psicosociales. Algunos ejemplos son la directiva europea *“Framework Agreement on Work Related Stress”* o la directiva europea *“Framework agreement on harassment and violence at work”*. Además de estas directivas, algunos países europeos están elaborando sus propias directivas nacionales.

Existen diversos factores que influyen en la aparición de riesgos psicosociales. Por resultar relevante para el objeto de estudio, a continuación se va a explicar brevemente el factor de las circunstancias de la actividad, que se compone de varios elementos:

- **Contenido de las tareas:** los riesgos psicosociales pueden aparecer cuando existe sobrecarga o altas demandas de trabajo, presión en la realización del trabajo y en la toma de decisiones importantes en un tiempo determinado o escaso, el ritmo de trabajo, exigencia de alto nivel de concentración durante largos periodos de tiempo, grandes exigencias de tipo social, o estar expuesto a determinados riesgos.
- **Presión de tiempo de trabajo:** largas jornadas laborales sin periodos de descanso o periodos de descanso insuficientes entre jornadas, con la consiguiente ausencia de desconexión y disminución del tiempo de ocio.

La presión de tiempo se compone de:

- **Agobio de jornada:** existen múltiples enfermedades mentales, como la *“fatiga profesional”*, que pueden ser consecuencia de realizar largas jornadas de trabajo continuado, incluyendo numerosas horas extraordinarias y ausencia de descansos y vacaciones.



- Trabajo nocturno y a turnos: existen ciertas profesiones que por su naturaleza requieren de la prestación de servicios ininterrumpidamente, como los derivados del sector sanitario (hospitales, servicio de emergencias sanitarias, etc.) Para poder satisfacer la demanda de estos servicios, es necesario la existencia de turnos rotativos, con el correspondiente horario nocturno. Esta organización del tiempo de trabajo origina alteraciones en el ritmo circadiano natural del trabajador, influyendo a su vez en sus relaciones sociales. Las consecuencias que se derivan de dicha organización del tiempo de trabajo son dificultad para realizar esfuerzos intelectuales, aumento de la probabilidad de cometer faltas o errores, irritabilidad o depresión.

A continuación se va a proceder a explicar brevemente los riesgos psicosociales que resultan más relevantes para este trabajo académico en cuestión.

#### 4.1. El estrés

Es el riesgo psicosocial más común de padecer por los trabajadores debido a que aparece como respuesta de alerta o defensa ante ciertas situaciones que provocan los factores psicosociales de riesgo.

Está demostrado que cuidar de otras personas genera estrés. Así, una encuesta realizada por la Academia Americana de Medicina a 850 médicos<sup>15</sup>, reveló que el 65% de los encuestados reconocía sufrir elevados niveles de estrés laboral derivados de la presión de tiempo y la sobrecarga de trabajo, entre otros aspectos.

El estrés es "un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos", según la definición establecida por la Comisión Europea.

El estrés puede clasificarse de múltiples maneras. En función de su duración, Slipak (1996)<sup>16</sup> diferencia entre:

- Estrés Episódico: se trata del estrés que aparece en momentos puntuales y posee una corta duración. Por esta razón no tiene apenas efectos negativos perceptibles.

---

<sup>15</sup> Mingote, J.C.; Crespo D.; Hernández, M.; Navío, N.; y Rodrigo, C. (2013). Prevención del suicidio en médicos. Revista electrónica *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/especial.pdf> [Consultado el 3 de Mayo de 2016].

<sup>16</sup> Getán Núñez, y M.; Ramos Buges, E. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: evaluación y planificación* en una empresa de sector servicios. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Grado en RRL y RRHH. Universidad de Zaragoza. Recuperado de: <http://deposita.unizar.es/TAZ/SOCIZ/2015/21742/TAZ-TFG-2015-1542.pdf> [Consultado el 13 de abril de 2017].

- Estrés Crónico: aparece cuando un individuo está expuesto a situaciones o factores estresantes durante un periodo de tiempo prolongado, por lo que este tipo de estrés tiene consecuencias más graves.

Éstas son las dos formas principales de respuesta de estrés. Sin embargo existen modalidades complementarias relacionadas con la intensidad de la respuesta, como el estrés agudo (hace referencia a la intensidad del problema y al esfuerzo que debe llevar a cabo el organismo para dar respuesta), y el estrés postraumático (hace referencia al mantenimiento o aumento del nivel de respuesta a lo largo del tiempo). (Friedman, Keane y Resick, 2007).

Es necesario aclarar que no todas las respuestas frente al estrés son iguales. Cada persona responde a las fuentes que originan el estrés de manera individual, personal y, por tanto, diferente. Por esta razón el estrés puede adoptar diferentes formas, que deben tenerse en cuenta para poder llevar a cabo su eficaz prevención.

Se pueden distinguir dos tipos de estrés laboral (Shirom, 2003):

- Cuando los recursos del trabajador se ven superados por las demandas laborales.
- Cuando el trabajador se expone a situaciones críticas.

En estos casos, el estrés no actúa como un medio de alerta o defensa ante situaciones de presión, sino que se convierte en un “estado de agotamiento del organismo”. Cuando se dan estas circunstancias y aparece este tipo de estrés, las respuestas funcionales y adaptativas de la persona y del organismo se ven afectadas de manera importante, dificultando su correcto funcionamiento. Como consecuencia de todo ello, el rendimiento del trabajador disminuye en gran medida y, por tanto, tiene también consecuencias negativas para la organización.

Siguiendo en esta exposición a Getán Núñez, en función de su origen, (Guía Sobre el Estrés Ocupacional UGT Confederal, 2006), el estrés se puede clasificar en:

- Síndrome de estrés postraumático: trastorno de ansiedad que aparece cuando una persona ha sufrido una experiencia traumática. Las personas que padecen este síndrome tienden a revivir el trauma a través de sueños, presentan distanciamiento social, evitan las situaciones o actividades que les recuerdan el trauma sufrido. El individuo puede experimentar momentos de pánico, miedo, o agresividad ante estímulos que les recuerdan de alguna manera los episodios traumáticos (Fernández López y colaboradores, 2012).
- Estrés por razón de género: asociado a la desigualdad de género, tanto en la vida laboral como en el familiar (mayor peso de las responsabilidades familiares y tareas del hogar en la figura femenina).
- Tecnoestrés: estrés derivado de los cambios que tienen lugar en la organización como consecuencia de la utilización de nuevas tecnologías.

El estrés provoca un deterioro en el funcionamiento del organismo y la manifestación de trastornos, tanto generales como específicos, que tienen graves consecuencias en la salud de quien lo sufre.

Dado que el estrés laboral no se encuentra definido entre la lista de enfermedades profesionales, se puede considerar accidente de trabajo, siempre y cuando su existencia esté relacionada exclusivamente con el trabajo que desarrolla el individuo. El artículo 156.2 e) de la Ley General de la Seguridad Social establece que tienen la consideración de accidente de trabajo las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente (que habla de las enfermedades profesionales), que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. Por tanto, por la vía de las enfermedades del trabajo tienen acceso a su consideración de contingencia profesional, puesto que como sabemos los síndromes psicosociales como el estrés no están incluidos en el sistema de lista que habilita para su calificación como enfermedad profesional.

El estrés produce como resultado importantes alteraciones de la salud, tanto física como mental, de los individuos que lo sufren. En la actualidad es una de las principales causas de baja laboral, y su presencia continúa aumentando.

#### **4.1.1 Efectos del estrés**

Continuando con Getán Núñez, en función del efecto que produce en el individuo, Selye (1956) distingue entre:

- Estrés positivo (eustrés): se trata de un tipo de estrés que, como su propio nombre indica, presenta beneficios para el individuo, dado que aparece como una respuesta eficaz frente a las exigencias que se demandan. Es decir, no produce efectos negativos en el organismo, pues no lo tensiona inadecuadamente, y sí lo activa. El eustrés potencia el rendimiento de las personas.
- Estrés negativo (distrés): este tipo de estrés aparece cuando se produce una reacción inadecuada o excesiva por parte del organismo ante el estrés. Suele aparecer ante situaciones estresantes repetitivas y que se prolongan en el tiempo. El distrés tiene efectos negativos para el organismo y, por lo tanto, afecta a la productividad. Por este motivo es perjudicial tanto para el individuo que lo padece como para la organización.

Como se ha indicado, cuando el estrés aparece en niveles normales y en momentos puntuales no supone un riesgo para la salud del trabajador puesto que, como se ha explicado con anterioridad, se trata de una respuesta de alarma que genera el organismo ante ciertas situaciones. El problema aparece cuando esta respuesta se prolonga en el tiempo, convirtiéndose en una situación de estrés muy frecuente o incluso crónico. En estos casos el estrés puede generar graves problemas en la salud de los trabajadores como consecuencia del agotamiento de los recursos energéticos del organismo, según Sandi y Calés (2000).

Volviendo a hacer referencia a lo expuesto en el apartado anterior, las respuestas frente al estrés varían en función de cada individuo y, por tanto, los efectos que se derivan del estrés no son iguales para todos los trabajadores. Cabe destacar que los efectos más frecuentes que produce el estrés son: trastornos cardiovasculares, musculoesqueléticos, psicosomáticos, mentales y consumo y adicción a sustancias (Cox, Griffiths y Rial-Gonzalez, 2000). Siguiendo los estudios realizados por Hansel et al. (2010), el estrés crónico puede influir en el desarrollo normal de la actividad inmunológica del organismo, además de provocar la aparición precoz de enfermedades mentales como el Alzheimer (Trana, Srivareerata y Alkadhi, 2010). El análisis desarrollado por Stansfeld y Candy en el año 2006 concluye que determinados factores de riesgo

psicosocial, entre los que se encuentra el estrés, se asocian con el deterioro de la salud mental de los individuos que los sufren.

Como bien sabemos, una exposición prolongada al estrés puede originar graves problemas de salud en la persona que lo sufre, tanto físicos como psicológicos (Del Hoyo Delgado, 2004). Entre los problemas psicológicos, los más relevantes para este trabajo en cuestión son: alteración de la conducta del individuo, como incapacidad para tomar decisiones, excesiva preocupación, incapacidad para concentrarse, falta de atención y olvidos frecuentes, mal humor, sentimientos de falta de control, bloqueos mentales, mayor probabilidad de sufrir accidentes, aumento del consumo de alcohol, tabaco y fármacos, aparición de trastornos psicológicos como ansiedad, fobias, miedo, trastornos del sueño, adicción al alcohol y drogas, trastornos de la personalidad, trastornos esquizofrénicos, depresión, etc.

#### **4.2. La violencia**

Siguiendo a Gil-Monte, según los resultados obtenidos en la V Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo, un 14% de los trabajadores encuestados habían sufrido acciones violentas durante el último año. En esta encuesta también se manifestó el trabajo emocional (al que prestaremos atención más adelante) como un riesgo destacado, pues trabajadores ocupados en el sector sanitario indicaron la existencia de una alta exposición a este tipo de riesgo psicosocial. Estos aspectos, junto con otros estudiados, concluyen en que un 20% de los trabajadores pertenecientes a países de la Unión Europea indican que las condiciones de trabajo en las que se encuentran representan riesgos para su salud mental.

La violencia en el trabajo también supone graves repercusiones (físicas y psicológicas) sobre la salud del trabajador.

La violencia laboral se puede definir como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable en la cual una persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa con su trabajo (OIT, 2003).

Otra definición elaborada por la OMS describe la violencia en el trabajo como “el uso intencionado del poder, amenaza o efectivo, contra otra persona o un grupo, en circunstancias relacionadas con el trabajo, que cause o tiene un alto grado de probabilidad de causar lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación”.

Para la Comisión Europea, este riesgo psicosocial puede definirse como “incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa, con un riesgo explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud. (Wynne, Clarkin, Cox, y Griffiths, 1997).

La violencia laboral puede presentarse en dos formas: violencia física y violencia psicológica, pudiendo aparecer simultáneamente (Wynne et al. 1997).

Diversas organizaciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) o la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen estas dos formas de violencia de la siguiente manera:

- Violencia física: se lleva a cabo mediante el uso de la fuerza física contra uno o varios individuos.
- Violencia psicológica o mobbing: se lleva a cabo mediante utilización malintencionada del poder o amenazas contra un individuo o varios, provocando en quien lo sufre daño a nivel mental, emocional, espiritual, social o moral. Suele incluir la intimidación, el abuso verbal, amenazas y acoso.

Existe una clasificación desarrollada en el año 1995 por la *California Occupational Safety and Health Administration*. En ella se dividen los tipos de violencia en tres grupos:

- Violencia del tipo I: Actos violentos derivados de individuos ajenos al propio trabajo. Ejemplos de este tipo de violencia son atracos, asaltos y robos ocurridos en el lugar de trabajo. La finalidad principal de este tipo de violencia es la obtención de determinados bienes materiales o económicos.
- Violencia del tipo II: Actos violentos desarrollados por los clientes. Su objetivo principal es la obtención de un derecho o la reclamación de los servicios prestados o de los productos vendidos.
- Violencia del tipo III: Actos violentos que provienen de compañeros o superiores pertenecientes a la propia organización. El principal objetivo es la consecución de determinados propósitos o la obtención de beneficios.

Es importante destacar que la violencia del cliente (violencia del tipo II) aparece en numerosas ocasiones. Este tipo de violencia se origina como consecuencia de la frustración del cliente, enfado, o rabia por no conseguir lo deseado. En la mayoría de los casos esta violencia se manifiesta mediante conductas agresivas reactivas, según Anderson y Bushman (2002). En el ámbito sanitario dicha violencia puede provenir tanto por parte del mismo paciente, como por parte de sus familiares, ante la frustración de los diagnósticos obtenidos o los resultados de los tratamientos o intervenciones derivadas de los mismos. Este tipo de violencia también puede implicar, en algunos de los casos, violencia física.

En determinados sectores, como es el sector terciario, este riesgo psicosocial posee una mayor incidencia debido al constante trato con los clientes (pacientes y familiares en el caso de los servicios sanitarios).

El incivismo es una de las múltiples formas en las que se ejecuta la violencia laboral psicológica (Anderson y Pearson, 1999). Puede darse tanto en clientes (pacientes y familiares) como entre los propios compañeros de trabajo. Tiene la finalidad de causar un daño intencionado mediante comportamientos groseros y actitudes de baja intensidad que expresan una escasa consideración hacia los demás. Es importante diferenciar la práctica de incivismo de la agresión psicológica, dado que ésta última no se realiza con la intención de producir un daño.

Haciendo referencia a Getán Núñez, el individuo que es víctima de violencia puede manifestar irritabilidad, ansiedad, depresión, dificultad de memoria, concentración y atención (Fernández López y colaboradores, 2012).

Siguiendo a Mingote et al., los resultados obtenidos en una encuesta desarrollada en el año 2002 entre trabajadores sanitarios pertenecientes a 130 hospitales generales, concluyen que “más de la mitad del personal hospitalario declara haber sido amenazado con armas. De los 200 000 médicos y enfermeras que trabajan en hospitales, el 90 % ha sufrido violencia psíquica y física, el 78 % ha sido intimidado sexualmente y, por consiguiente, el 51 % de los médicos y enfermeras considera que la seguridad en los hospitales es inadecuada” y que la gran mayoría de los ataques tienen lugar en la recepción, psiquiatría y urgencias, y durante las noches del fin de semana.

### **4.3. Desgaste profesional o *burnout***

El desgaste profesional o *burnout*, también es conocido como “síndrome de quemarse por el trabajo”. Ya en el año 1986 Maslach y Jackson definieron este riesgo psicosocial como “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede aparecer en personas que trabajan con gente de alguna forma.” Otra definición conocida hace referencia a la desarrollada por Pines y Aronson (1988) en la que describen el *burnout* como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una larga implicación en una situación que es emocionalmente demandante.” Shiron (1989) entiende el *burnout* como “un estado afectivo caracterizado por los sentimientos de haber agotado las energías físicas, emocionales y mentales.

Pese a que el síndrome de *burnout* puede aparecer en cualquier profesión (Vallejo Dacosta, 2005); bien es cierto que se manifiesta, principalmente, en profesionales que desarrollan la mayor parte de su actividad laboral con terceras personas (usuarios o clientes).

El síndrome de quemarse por el trabajo se compone principalmente de dos elementos (Leiter, 1993):

- El agotamiento emocional que, como su nombre indica, se refiere al cansancio de carácter emocional derivado de las labores relacionadas con el trabajo.
- Despersonalización en relación al tratamiento “distanciador” con las personas que deben atender.

#### **4.3.1. Efectos del desgaste profesional o *burnout***

La aparición de los efectos del desgaste profesional se deriva de la propia existencia de las tareas que rodean el puesto de trabajo.

Las profesiones que presentan mayor relación entre problemas de salud física y mental y la presencia de *burnout* son el personal docente y el personal sanitario.

Según Maslach (1986) y Asúa (1889), el *burnout* tiene una serie de consecuencias para el trabajador que lo sufre, cuyos síntomas se diferencian en los siguientes grupos:

- Psicosomáticos: en este grupo se encuentran síntomas como alteraciones funcionales del organismo (problemas de sueño, pérdida de apetito y peso, dolores de cabeza, rigidez muscular, hipertensión o asma), fatiga crónica, cansancio y malestar general.

- Conductuales: abarca conductas agresivas, absentismo, hiperactividad, cambios repentinos de humor, abuso de alcohol, drogas u otros fármacos, comportamientos de riesgo elevado o intentos de suicidio.
- Cognitivo-emocionales: en este grupo se incluyen síntomas como irritabilidad, falta de concentración y problemas de memoria, impaciencia, distanciamiento afectivo, desorientación y ansiedad.
- Defensivos: evitación y desplazamiento de sentimientos hacia otras personas, negación de emociones o supresión de información.

El desgaste profesional tiene como consecuencia la aparición de un agotamiento y una fatiga emocional determinados por la propia tarea a realizar en su puesto de trabajo. Este agotamiento se deriva de situaciones de estrés crónico laboral y organizacional. El individuo siente un agotamiento de carácter mental y una importante desmotivación para ejecutar las tareas propias de su puesto de trabajo. Éstos son los principales aspectos que diferencian el desgaste profesional del estrés. El síndrome de quemarse por el trabajo aparece con más frecuencia en profesiones como la educación, sanidad y bienestar social.

Según Kahill (1988) el desgaste profesional o *burnout* se asocia a la aparición de enfermedades o trastornos mentales como la ansiedad o la depresión. Estas conclusiones se han visto apoyadas por numerosos estudios en los que se demuestra que entre los profesionales de la sanidad aparecen vinculados el *burnout* y la presencia de depresión y ansiedad.

El *burnout* también afecta a otros aspectos del individuo pues, según apunta Maslach (1982), produce un aumento de la irritabilidad y de la sensibilidad hacia las relaciones interpersonales. Según estudios realizados por numerosos autores (como Korkeila et al. 2003; Iacovides, Fountoulakis, Moysidou, y Ierodiakonou, 1999; Ahola y Hakanen, 2007), el *burnout* puede producir problemas de sueño, problemas musculoesqueléticos, fatiga crónica y, en general, empeoramiento de la calidad de vida del individuo. Además el desgaste profesional también se vincula a graves problemas de salud como las cardiopatías (Appels, 2004).

Volviendo a hacer referencia a Mingote et al., en la actualidad, los servicios sanitarios están experimentando una serie de cambios. Los aspectos más valorados para fijar la financiación de los distintos proyectos son la reestructuración de los servicios, la eficiencia y el coste-efectividad y la calidad de los servicios prestados. Como consecuencia de estos cambios la satisfacción profesional se va está viendo reducida, lo que conlleva un aumento de los problemas de salud mental en los trabajadores, generando un mayor riesgo de *burnout* y depresión.

#### **4.4. Trabajo emocional**

Se trata de un riesgo psicosocial emergente. El trabajo emocional se define como “el autocontrol de las emociones positivas y negativas, especialmente de estas últimas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional en el desempeño de su puesto y que tienen como objetivo asegurar la satisfacción del cliente y la consecución de objetivos organizacionales” (Martínez Iñigo, 2001). Consiste en controlar las emociones que siente un individuo con el objetivo de influir en las emociones del cliente, según los fines de la organización.

Este control de las emociones puede llevarse a cabo mediante dos formas (Horschild, 2003):

- Actuación superficial: el individuo expresa otra emoción diferente a la que está sintiendo.
- Actuación profunda: el individuo modifica las emociones que siente, por lo que la expresión de la emoción es más real.

Según estudios, las profesiones que implican mayor trabajo emocional se relacionan con mayores niveles de estrés.

Una de las profesiones que tienen que lidiar con un alto grado de trabajo emocional es la sanitaria, consecuencia de la necesidad de tratar con pacientes (y familiares) a los que, en muchas ocasiones, deben comunicar noticias dolorosas y desagradables.

#### **4.5. Conflicto trabajo-familia**

El conflicto trabajo-familia aparece cuando existe una incompatibilidad entre el tiempo dedicado al trabajo y el tiempo disponible para atender las tareas y responsabilidades familiares, según Greenhaus y Beutell (1985).

Según la segunda Encuesta Europea de calidad de vida, casi el 50% de los ciudadanos de los diferentes países de la Unión Europea están excesivamente cansados varias veces al mes para realizar las tareas del hogar, y un 22% reconoce que esto les sucede varias veces a la semana. En cuanto a las responsabilidades familiares, un 11% reconoce que encuentra dificultades para llevarlas a cabo.

Debido a las largas e intensas jornadas de los profesionales sanitarios (que incluyen guardias y fines de semana) es uno de los colectivos con importantes problemas para poder conciliar vida laboral y familiar.

Los problemas que se generan como consecuencia de no poder hacer frente, de manera equitativa, a las demandas laborales y familiares pueden producir efectos en el equilibrio personal del individuo, además de afectar al rendimiento laboral (Frone, Yardley y Markel, 1997).

Como consecuencia de la dificultad para poder conciliar las responsabilidades familiares y laborales, el individuo experimenta un deterioro tanto físico como psicológico, dando lugar a altos niveles de ansiedad, estrés e incluso depresión (Anderson et al., 2002; Frone et al., 1992). En la misma línea, siguiendo los estudios desarrollados por Eby et al. en el año 2005, el conflicto trabajo-familia también se encuentra relacionado con el abuso de sustancias.



## 5. LA CALIFICACIÓN DEL SUCIDIO COMO ACCIDENTE DE TRABAJO

El concepto de AT aparece en el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. En su artículo 115 156 se define el AT como “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. En el segundo apartado de este mismo artículo se incluyen los supuestos que tienen la consideración de AT:

- a) Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo.
- b) Los que sufra el trabajador con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.
- c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.”

El artículo 156.3 expone que “se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo”.

Cabe destacar que las patologías mentales no se encuentran incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales, por lo que no se consideran una enfermedad laboral. No obstante, si una enfermedad no está catalogada como enfermedad profesional por no encontrarse en el cuadro del RD 1299/2006 de 10 de noviembre, puede considerarse accidente de trabajo cuando haya sido contraída por el trabajador “con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo” (art. 115 e). TRLGSS<sup>17</sup>.

Como ejemplo de estos casos podemos encontrar el estrés laboral, el síndrome de estar quemado, también conocido como “*burnout*”, o el suicidio (siempre que exista un nexo causal entre estas patologías y el trabajo). En definitiva, su exclusión de la lista como enfermedad profesional no es impedimento para su consideración como contingencia profesional, calificándose como una manifestación del accidente de

---

<sup>17</sup> Observatorio Vasco de Acoso Moral. (2012). *La Salud Mental de las y los Trabajadores*. Recuperado de: [https://www.diba.cat/documents/467843/58215200/salud\\_mental\\_trabajadores.pdf/84be462b-8e33-4795-aa3a-f8d0f5cf1bd8](https://www.diba.cat/documents/467843/58215200/salud_mental_trabajadores.pdf/84be462b-8e33-4795-aa3a-f8d0f5cf1bd8)  
[Consultado el 26 de abril de 2017].

trabajo si se acredita que la enfermedad tuvo su origen exclusivo en el hecho laboral, o no teniéndolo, han concurrido factores laborales que han provocado su agravamiento.

No siempre ha existido la posibilidad de considerar el suicidio como accidente de trabajo. La primera sentencia que contempla este supuesto tiene lugar en los años 70, concretamente el 29 de octubre de 1970. La sentencia fue dictada por el Tribunal Supremo, que estimó la calificación del suicidio de un trabajador como accidente de trabajo, justificando la existencia de un nexo causal entre ambos, consecuencia de un trastorno mental que padecía el trabajador derivado de un accidente de trabajo sufrido con anterioridad<sup>18</sup>. Esta relación de causalidad entre las situaciones que originan el suicidio y la relación laboral debe tener como causa exclusiva el trabajo, por lo que deberá probarse que el trabajador no padecía patologías mentales no relacionadas con el mismo, o que no sufría situaciones personales externas a la relación laboral que le hicieran tomar la decisión de quitarse la vida. En la sentencia dictada por la Sala de lo Social del Tribunal supremo el 29 de octubre de 1970, se concluyó que el suicidio del trabajador se había cometido como consecuencia de una depresión, derivada de una larga hospitalización a causa de la realización de numerosas intervenciones quirúrgicas, como consecuencia de un accidente de trabajo sufrido<sup>19</sup>.

Para comprobar la existencia del nexo causal entre suicidio y relación laboral, y evitar fraudes en las prestaciones que se deriven, se pueden tener en cuenta los siguientes requisitos<sup>20</sup>:

- Que el suicidio se haya cometido involuntariamente, es decir, que se produzca como consecuencia de un estado de enfermedad mental o de un episodio de alteración psíquica (STSJ de Cataluña de 12 de mayo de 2006).
- Probar que el suicidio está vinculado exclusivamente con la relación laboral. Para ello, basta con la existencia de un diagnóstico médico previo en el que se manifieste que existían, o no, causas que relacionaban el estado anímico del trabajador con su prestación laboral.
- Conocer si las condiciones laborales en que se encontraba el trabajador o las circunstancias que rodean a la empresa hubieran afectado de tal manera al trabajador que fueran determinantes para que el trabajador tomase la decisión de quitarse la vida.
- Existencia de una carta de despedida en la que se indiquen las causas que han llevado al individuo a cometer suicidio. Si bien es cierto que esta carta puede ser utilizada como prueba en un juicio, la inexistencia de alusión al trabajo en la misma no descarta automáticamente la relación entre el suicidio y el trabajo.

---

<sup>18</sup> Aísa Garcés, I. (2014). *La calificación del suicidio como Accidente de Trabajo en el Régimen General de la Seguridad Social*. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Grado en RRL y RRHH. Universidad de Zaragoza. Recuperado de: <https://zagan.unizar.es/record/14957/files/TAZ-TFG-2014-856.pdf> [Consultado el 5 de mayo de 2017].

<sup>19</sup> Martín, A. (2016). *Jurisprudencia comentada. Suicidio como accidente de trabajo. Evolución jurisprudencial*. Tu asesor laboral. Recuperado de: <http://www.tuasesorlaboral.net/categorias-de-estudio/jurisprudencia/528-jurisprudencia-comentada-suicidio-como-accidente-de-trabajo-evolucion-jurisprudencial> [Consultado el 8 de mayo de 2017].

<sup>20</sup> GARCÍA GONZÁLEZ, G. (2010). Crisis económica y riesgos psicosociales: el suicidio como accidente de trabajo. Perspectiva jurídico-preventiva. *Revista de Derecho Social*, núm. 50. pp. 127-149

Como se ha mencionado anteriormente, la LGSS entiende que son constitutivas de AT las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo (art. 156.3). No obstante, es posible demostrar que, aunque el suicidio se produzca fuera del lugar y tiempo de trabajo, éste puede derivarse de situaciones laborales, siempre que se pruebe la existencia de un nexo de exclusiva causalidad entre suicidio y las circunstancias laborales, es decir, que la decisión de quitarse la vida no se ha visto determinada por factores exógenos al trabajo.

Cabe destacar que “si bien es cierto que la presunción de laboralidad del actual art. 115.3 LGSS puede ser enervada por el carácter voluntario que tiene normalmente el acto de quitarse la vida, no es menos verdad que el suicidio se produce a veces por una situación de estrés o de trastorno mental que puede derivar tanto de factores relacionados con el trabajo como de factores extraños al mismo” (STSJ Cat. 31/1/2014 )<sup>21</sup>.

Son diversas las sentencias que determinan que “el suicidio puede considerarse como accidente de trabajo, cuando queda probado que la situación emocional determinante de esta decisión se encuentra directamente relacionada con las condiciones laborales del trabajador que adopta tan drástica medida fruto de la angustia y tensión que su vida laboral le produce” (STSJ Cataluña núm. 6244/2002, de 3 de octubre).

A continuación se va a proceder a referenciar algunas sentencias que resultan relevantes en cuanto a la calificación del suicidio como accidente de trabajo, en relación a los criterios anteriormente comentados. Cabe recordar que dicha calificación dependerá de los hechos concretos de cada caso.

La STSJ de Cataluña núm. 3685, de 18 de mayo de 2007, atiende el caso de un trabajador al que se le comunica que, como consecuencia de haber cometido ciertas faltas de naturaleza grave, debe optar entre la baja voluntaria (lo que no acarrearía consecuencias legales contra su persona por parte de la empresa), o el despido. Ante esta situación, el trabajador decide firmar la baja voluntaria. El mismo día es acompañado por un superior en el coche de empresa hasta su domicilio, con la intención de que el trabajador devuelva a la empresa las pertenencias de su propiedad que poseía (coche de empresas, tarjetas, etc.). Poco después, el ya ex trabajador se pone en contacto con el superior que lo había acompañada hasta su domicilio con el objetivo de solucionar el problema y poder ser readmitido en la empresa. La llamada no consigue los resultados esperados y el sujeto decide poner fin a su vida, ahorcándose en su domicilio. El tribunal de esta sala confirma que, en este caso, el fallecimiento se presume derivado de contingencias profesionales y, por tanto, debe ser calificado como accidente de trabajo, dado que “no cabe ninguna duda de que este ante la manifestación empresarial, sin ningún tipo de preparación previa, de que debía someterse a aceptar una baja voluntaria o tolerar su despido , pues de lo contrario se emprenderían contra él acciones legales sufrió tan grave trastorno y se precipitó en tal grado de angustia y aflicción por una situación tan repentina y que le suponía la pérdida de una actividad que venía realizando desde el año 1975 con la consecuencia no sólo de dificultades económicas para mantener a su familia sino de humillación y descrédito para su persona y la perspectiva de graves problemas para encontrar otro empleo, aun de menor remuneración y categoría del que había ostentado, debido a su edad, que tomó la fatal resolución de quitarse la vida”. De esta manera se aprecia visiblemente el nexo de causalidad entre el suicidio y las circunstancias laborales, dado que no

---

<sup>21</sup> STSJ Cataluña núm. 2848/2014, de 11 de abril.

existe constancia de “antecedentes psicológicos que permitan dar otra explicación a lo ocurrido” (STSJ Cataluña núm. 3685/2007, de 18 de mayo).

El TSJ de Extremadura, en su Sala Social, dictó el 14 diciembre de 2009 una sentencia en la que se declaraba accidente laboral el suicidio de un trabajador que, “a causa del desempeño de su puesto, tenía conocimiento, desde hacía tres años, de la situación de especiales dificultades que iba a sufrir y sufría el sector de la construcción y, debido a su carácter obsesivo y perfeccionista, al no poder evitar dicha crisis, temía no sólo por la situación económica de los socios que integraban la asociación empresarial APDECOBA sino también por la suya propia, causándole tal obsesión que le provocó un Trastorno Depresivo Adaptativo que precisaba de interconsulta con el psiquiatra, ya que se encontraba obsesionado con verse subsumido en una situación de crisis irremediable, por su idea obsesiva y carente de realidad de ser despedido por cuanto que debido a la crisis económica existente su empresa prescindiera de él»\*. El trabajador no se sentía capacitado para solventar los problemas que estaba sufriendo la empresa, lo que le generó “insomnio, nerviosismo y bajo ánimo. Se le diagnóstica: TRASTORNO ANSIOSO DEPRESIVO TIPO ADAPTATIVO”, se le prescribe medicación y se le cita en las próximas semanas para conocer su evolución. Dos meses después, el trabajador, cuando se encontraba “cumpliendo instrucciones del presidente de APDECOBA [...] se precipita al vacío desde el Puente del Real”. El Tribunal entiende suficientes los antecedentes de hecho para probar que los trastornos psíquicos que padecía el trabajador son de origen laboral y, por tanto, el suicidio del trabajador obtiene la calificación de accidente de trabajo” (STSJ Extremadura núm. 603/2009, de 14 de diciembre de 2009)<sup>22</sup>.

En la misma línea de argumentación encontramos la STSJ de Andalucía núm. 1412, de 13 de mayo de 2010, en la que se recoge el caso del suicidio de un trabajador que prestaba servicios como conductor para una empresa de autobuses urbanos. El día 5 de junio de 1997, D. Ambrosio se encontraba realizando las labores propias de su puesto de trabajo, cuando uno de los pasajeros se situó delante del autobús que el señor Ambrosio conducía, impidiendo la marcha del vehículo y posteriormente rompiéndole las gafas. Estos hechos dieron lugar a un juicio en el cual se condenó al pasajero “autor de una falta de malos tratos de obra”. Posteriormente, el día 11 de diciembre de ese mismo año, el señor Ambrosio tuvo que ser intervenido por una unidad de emergencia como consecuencia de una crisis nerviosa ocasionada por el percance descrito. El 1 de junio del año 2000, a petición del trabajador, le fue concedido un cambio de categoría profesional y puesto de trabajo, en el que debía desarrollar labores de conducción únicamente en las cocheras, siendo renovada dicha situación semestralmente, hasta la fecha 5 de febrero de 2003. El 17 de septiembre de 2003, el señor Ambrosio se disponía a comenzar su jornada laboral cuando uno de sus compañeros de turno le comunica que se encuentra anunciado en el tablón de anuncios como conductor perceptor, lo que supone la vuelta a trabajar en la conducción de autobuses urbanos. Ante tal situación, el señor Ambrosio regresa a su casa y más tarde acude al servicio de urgencias, donde se le diagnostica estrés y depresión reactiva, citándole visita al día siguiente, por la tarde, con su médico de cabecera. La mañana del 18 de septiembre de 2003 el trabajador intenta ponerse en contacto con el Servicio de Prevención de la empresa, no pudiendo contactar con el mismo, por encontrarse el personal impartiendo una acción formativa. Ante la situación de estrés y ansiedad que estaba viviendo, el señor Ambrosio procedió a llevar a cabo el suicidio. Este Tribunal consideró suficientes los antecedentes de hecho comentados para calificar el suicidio del trabajador como accidente de trabajo dado que “entiende acreditada la exclusiva relación del

---

<sup>22</sup> LAFUENTE PASTOR, V. P., *La reforma laboral española de 2012. Un espejo roto de la flexiseguridad europea*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza, 2016, pp. 477-485.

acto del suicidio con la problemática laboral que padecía el actor, con independencia de la naturaleza de esta o la razón objetiva que pudiera asistir al trabajador, lo que a estos efectos no puede ser relevante” (STSJ Andalucía núm. 1412/2010, de 13 de mayo).

Volviendo a la Tesis Doctoral de Lafuente Pastor, V. (ya referenciada), la STSJ de Andalucía núm. 2491, de 22 de septiembre de 2011 estudia el suicidio de un trabajador en su domicilio, como consecuencia de una situación laboral conflictiva originada como consecuencia de los hechos acaecidos durante una huelga, con apertura de procedimiento penal. “Edemiro, dentro de su turno de trabajo y conduciendo un autobús sin pasajeros, salió de su ruta y se tomó la N-630 sentido a Mérida. Durante el trayecto, estacionó en un área de descanso próxima a una gasolinera y llamó por teléfono al Servicio de emergencia 112, manifestando desconocer donde estaba, y que se encontraba muy nervioso y agobiado. Una dotación de la Guardia Civil se dirigió al lugar donde se encontraba D. Edemiro . Se comprobó que D. Edemiro no se encontraba bajo los efectos de bebidas alcohólicas”. El trabajador inició un proceso de incapacidad temporal por contingencias comunes como consecuencia de la ansiedad que sufría. Poco tiempo después, Edemiro fallece en su domicilio como causa de la consumación del suicidio.

El Tribunal constata el nexo exclusivo de causalidad entre suicidio y trabajo con la inexistencia de enfermedad psíquica anterior a la problemática laboral. Por tanto, se concluye que “bien por la vía del artículo 156.1 de Ley General de Seguridad Social, por considerar la enfermedad mental del trabajador que le llevo a quitarse la vida, como derivada directamente del quehacer laboral por aplicarse la presunción que tal norma contiene al no haberse acreditado que causa distinta a la del trabajo produjera la dolencia que le llevo al suicidio, bien por la vía del artículo 156.2 e) de la misma ley, entendiéndose que la dolencia mental que padecía el trabajador y que le llevo a quitarse la vida fue contraída por la realización del trabajo y tuvo por causa exclusiva la ejecución de este, se desprende que el fallecimiento del trabajador deriva de accidente de trabajo” (STSJ Andalucía núm 2491/2011, de 22 de septiembre).

Hechos parecidos a los de la sentencia anterior fueron juzgados por el TSJ de Cataluña. En este supuesto, un trabajador perteneciente a una entidad financiera se suicida tras la apertura de expediente disciplinario por haber cometido una falta grave al revelar datos confidenciales de un cliente, contra el sujeto. Tras consultar con su abogado las posibles consecuencias que este hecho podía acarrearle (despido e incluso la interposición de demanda judicial contra su persona), el trabajador decidió quitarse la vida. El ponente estima que, al no existir constancia de enfermedades psíquicas anteriores, ni factores exógenos que pudieran haber influido en la decisión final del trabajador, no cabe duda de la existencia del nexo causal entre la decisión final tomada por el sujeto y la situación laboral, hecho que le ocasionó diversos trastornos psíquicos<sup>23</sup>.

Siguiendo la tesis de Lafuente Pastor, encontramos que la sentencia dictada por el TSJ de Cataluña el 11 de abril de 2014 (sentencia ya referenciada anteriormente), califica el suicidio de un agente forestal como accidente de trabajo, considerando que el trabajador tomó la fatal decisión como consecuencia de la

---

<sup>23</sup> Del Rosal, P. (2016). La Justicia declara como accidente laboral el suicidio de un trabajador. *El economista*. Recuperado de: <http://www.eleconomista.es/laboral/noticias/7271474/01/16/La-Justicia-declara-como-accidente-laboral-el-suicidio-de-un-trabajador.html> [Consultado el 23 de mayo de 2017].

situación emocional que sufría tras haber participado en la extinción de un incendio. Como prueba de estos hechos, en el lugar donde se encontró el cuerpo del agente forestal se hallaron también dos manuscritos. Uno de ellos, dirigido a sus superiores, el agente expresaba su “preocupación por el incendio de Calvynià, el cual había roto su vida y su familia, que la administración estaba buscando una cabeza de turco si los trabajos no se habían realizado correctamente y que sería él. Que había hecho las cosas bien, pero no por escrito, y que había detectado que se estaba instruyendo el caso y que todo apuntaba hacia él. Que alguien había hecho mal uso de lo que había dicho, para salvar su culo y que pedía disculpas por lo que había hecho, dando las gracias y pidiendo ayuda para los trámites que tuviera que hacer su familia”. Además, en los antecedentes de hecho también se expone que el hijo del fallecido había declarado que desde el incendio su padre “estaba sufriendo mucha presión en el trabajo, estaba muy nervioso, alterado, y por la noche no dormía y se levantaba cada dos por tres; que alguien desde el trabajo se lo había dicho que no había hecho lo suficiente con el incendio; que su padre tenía mucho miedo a las sanciones que pudiera sufrir por parte de la responsabilidad del incendio, que tenía miedo a perder la reputación, ir a la cárcel y que las sanciones judiciales se lo quitarían todo”. También cabe destacar que el trabajador había acudido al médico, siéndole diagnosticado “un grado de ansiedad moderado debido a su trabajo, por lo que le recetó ansiolíticos”. Cabe destacar que el trabajador no había causado baja médica con anterioridad a su fallecimiento, “ni había tomado ninguna medicación con habitualidad ni padecía ninguna enfermedad crónica ni siquiera psíquica”.

Finalmente, es importante, por su vinculación con el objeto de este trabajo, reseñar aunque sea brevemente la STSJ de Cataluña, en la que se reconoce el suicidio de una doctora como accidente de trabajo<sup>24</sup>. Como antecedentes de hecho más relevantes para el objeto de estudio se destaca que la trabajadora había acudido tres días antes del fatídico fallecimiento al área de psiquiatría del centro hospitalario, siéndole diagnosticado “un cuadro de angustia y ansiedad y temor para enfrentarse con el trabajo, dándole tratamiento farmacológico antidepressivo y ansiolítico, asimismo días antes mantuvo una consulta con la Dra. Amparo (psicóloga del centro) que le remitió a los servicios de psiquiatría del centro hospitalario. La Dra. Victoria carecía de antecedentes por trastornos psicológicos”<sup>25</sup>. Finalmente, la doctora se arrojó al vacío desde la novena planta del propio hospital en el que trabajaba. Además, se declara en la sentencia que la muerte de la trabajadora se produjo como consecuencia de la especialidad médica de la doctora y de la intensidad horaria, lo que le producía una “fuerte carga emocional y de tensión”, no siendo acreditada la existencia de otros factores externos al trabajo que pudieran haber ayudado a la trabajadora en la toma de la decisión de quitarse la vida, “que de cualquier forma tampoco serían de relevancia tal como para romper el demostrado nexo causal que se ha evidenciado existente con la situación laboral en que se encontraba la fallecida”. (STSJ Cataluña núm. 6244/2002, de 3 de octubre).

De estas sentencias, se extraen claramente las consecuencias tentativas ya expuestas al inicio del epígrafe, y que se resumen esencialmente en que, primero, la consideración del accidente de trabajo como suicidio, de aceptación creciente por la jurisprudencia, requiere no obstante acreditar la etiología exclusivamente laboral de las manifestaciones patológicas que desembocan en el suicidio; segundo, que el que el acto de poner fin a la vida se produzca en tiempo y lugar de trabajo cobra una importancia

---

<sup>24</sup> (2003). Una sentencia reconoce como accidente de trabajo el suicidio de una doctora. *ABC.es*. Recuperado de: [http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-02-2003/abc/Sociedad/una-sentencia-reconoce-como-accidente-de-trabajo-el-suicidio-de-una-doctora\\_160895.html](http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-02-2003/abc/Sociedad/una-sentencia-reconoce-como-accidente-de-trabajo-el-suicidio-de-una-doctora_160895.html) [Consultado el 25 de mayo de 2017].

<sup>25</sup> STSJ Cataluña núm. 6244/2002, de 3 de octubre.

secundaria en el juego de presunciones de laboralidad; tercero, la no aplicación de la imprudencia temeraria como causa excluyente de la consideración de accidente laboral puesto que se descarta la voluntariedad desde el momento en que se prueban trastornos psicológicos insuperables derivados de la relación laboral.

## 6. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN PERSONAL SANITARIO

Como se ha comentado anteriormente en este trabajo, existen determinados riesgos psicosociales que se relacionan con el suicidio. Por este motivo, en este apartado se va a proceder a desarrollar las medidas a adoptar tanto para la prevención del suicidio, como para la prevención de los riesgos psicosociales asociados al mismo, como el estrés laboral o el trabajo emocional.

Diversos estudios avalan que uno de los mayores factores de riesgo para que se consume finalmente el suicidio es la existencia de intentos de suicidio previos.

Existen ciertos factores que se asocian a la probabilidad de que se produzca un suicidio. Estos factores son<sup>26</sup>:

- Trastornos mentales, especialmente depresión.
- Conductas adictivas (consumo de alcohol y drogas).
- Experiencias estresantes o traumáticas.
- Padecimiento de enfermedad crónica dolorosa.

Como se ha mencionado, un importante factor de riesgo para la ideación suicida es el padecimiento de trastornos mentales. Concretamente, los trastornos mentales más vinculados con el suicidio son los trastornos de personalidad, esquizofrenia, abuso de sustancias como drogas o alcohol y el trastorno depresivo<sup>27</sup>. Los individuos que padecen trastornos mentales son más sensibles a sufrir los efectos negativos del estrés por lo que, en este sentido, es importante para la prevención del suicidio la promoción de un ambiente de trabajo “mentalmente saludable”<sup>28</sup>. Este tipo de ambiente de trabajo se puede conseguir a través de:

- La creación de un entorno de trabajo en el que los compañeros se apoyan, respetan y contribuyen a los logros tanto colectivos como individuales.
- La solución a los conflictos mediante la comunicación y el diálogo abierto.
- El desarrollo de políticas efectivas acerca de salud mental y cómo relacionarse con los compañeros que las padecen.
- El establecimiento de procedimientos que identifiquen precozmente la existencia de riesgos psicosociales, como el estrés laboral, y estrategias para su afrontamiento.
- La creación de un grupo de apoyo y consejo para los trabajadores que están viviendo algún tipo de conflicto laboral o han experimentado alguna situación traumática vinculada con el trabajo.

---

<sup>26</sup> Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (n.d.) *El Suicidio. Causas y Factores de Riesgo*. Recuperado de:  
<http://www.redaipis.org/el-suicidio/>  
[Consultado el 1 de junio de 2017].

<sup>27,28</sup> Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo*. Recuperado de:  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_work\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf?ua=1)  
[Consultado el 1 de junio de 2017].



La Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud indican que para conseguir un ambiente laboral saludable a nivel mental es necesario que los empleadores o directores reconozcan los problemas de salud mental como un importante riesgo en el trabajo y desarrollen programas y políticas de prevención que se ajusten a dichos riesgos. Un ejemplo de algunos de los programas que se pueden aplicar para prevenir los riesgos psicosociales en el trabajo y reducir la visión negativa que se asocia a las enfermedades mentales y al suicidio es el denominado programa SOLVE, desarrollado por la Organización Internacional del Trabajo<sup>29</sup>. Este programa está orientado a facilitar a los directores ayuda para entender los problemas que pueden generar los riesgos psicosociales, así como apoyo en el desarrollo de acciones encaminadas a reducir la incidencia de los riesgos psicosociales en el ámbito laboral.

Está demostrado que los profesionales que dedican su trabajo al cuidado de otras personas son reticentes a buscar ayuda para su propia salud<sup>30</sup>, por lo que es necesario que las personas que pertenecen al entorno de estos profesionales (familiares, compañeros de trabajos, etc.)<sup>31</sup> sean capaces de percibir las señales de alerta que aparecen cuando la salud mental del individuo se ve afectada. Según la Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio para prevenir de manera más eficaz el suicidio, es importante conocer cuáles son las señales que advierten de la posibilidad de que se produzca<sup>32</sup>. Así pues, las características que muestra el estado de ánimo del individuo que presenta riesgo de cometer suicidio son<sup>33</sup>:

- **Ambivalencia:** la mayoría de las personas que tienen pensamientos suicidas no quieren morir realmente. Sin embargo, quitarse la vida es la única solución que encuentran a los problemas que están sufriendo. Por esta razón es importante que se encentren apoyados por el entorno que les rodea, ayudándoles a que la visión que tienen de su vida sea más positiva, y, por lo tanto, la valoren más.
- **Impulsividad:** el pensamiento suicida es algo temporal, transitorio, y el suicidio es una acción impulsiva que generalmente se origina como consecuencia de situaciones negativas que ocurren en el día a día. Es necesario ayudar al individuo a sobrellevar estas situaciones o crisis temporales.

---

<sup>29</sup> Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo*.

Recuperado de:

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_work\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf?ua=1)

[Consultado el 1 de junio de 2017].

<sup>30</sup> Mingote, J.C., Crespo, D., Hernández, M., Navío, M., Rodrigo, C., (2013). Prevención del Suicidio en Médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/especial.pdf>

[Consultado el 30 de mayo de 2017].

<sup>31</sup> Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida*. Recuperado de:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

[Consultado el 30 de mayo de 2017].

<sup>32,33</sup> Mel de Landa, P. (2013). *El suicidio y la importancia de su prevención*. Escuela de enfermería de Leioa. Universidad del País Vasco. Recuperado de:

<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10323/El%20suicidio%20y%20la%20importancia%20de%20su%20prevenci%C3%B3n.pdf?sequence=1>

[Consultado el 2 de junio de 2017].

- Rigidez: los pensamientos, sentimientos y acciones de las personas con ideación suicida son rígidos. Piensan en el suicidio como única salida a sus problemas. Es común que estas personas envíen señales o realicen comentarios como su deseo de morir o sentimientos negativos hacia su persona, como “sentirse inútiles”.

Si bien es cierto que la prevención del suicidio de los profesionales de la salud presenta ciertas características particulares, también tiene en común muchos aspectos relacionados con la prevención del suicidio de la población general<sup>34</sup>.

La prevención del suicidio puede dividirse en tres tipos<sup>35</sup>:

- Prevención general: incluye medidas de apoyo y formación para que los individuos se encuentren capacitados para afrontar determinadas situaciones estresantes, con el objetivo de evitar o reducir los daños que de ellas pudieran derivarse.
- Prevención indirecta: comprende medidas dirigida al tratamiento de enfermedades que puedan conllevar el suicidio (trastornos mentales y de comportamiento), situaciones de crisis o restricción del acceso a métodos o medios que puedan provocar autolesiones, entre otras medidas.
- Prevención directa: se compone de medidas de ayuda para eliminar o reducir la ideación suicida a través de la búsqueda de soluciones alternativas.

La revista Medicina y Seguridad del Trabajo, en su artículo Prevención del suicidio en Médicos, ya referenciado, expone algunas de las estrategias de prevención del suicidio propuestas por Hawton, Malmberg y Simkin (2004) comprenden:

- Establecer una mejora tanto en la detección como en el tratamiento de trastornos mentales.
- La implantación de medidas para la reducción del estrés laboral.
- La restricción de acceso a medios que faciliten la consumación del suicidio cuando los profesionales sanitarios estén padeciendo una situación de trastorno mental, como la depresión. Además, es necesario tener en cuenta si la persona ha experimentado recientemente situaciones estresantes de gravedad y cómo las ha afrontado.

En la misma línea, desde el punto de vista de Salud Pública<sup>36</sup>, se deben tener en cuenta diferentes estrategias para prevenir el suicidio como:

- Llevar a cabo campañas de salud mental y diagnóstico temprano de depresión, estrés y abuso de alcohol y drogas.
- Desarrollar programas específicos orientados a la prevención e información acerca del suicidio, con el objetivo de reducir el estigma de la conducta suicida.
- Controlar o restringir el acceso a los medios que puedan facilitar la consumación del suicidio.

<sup>34</sup> Mingote, J.C., Crespo, D., Hernández, M., Navío, M., Rodrigo, C., (2013). Prevención del Suicidio en Médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/especial.pdf> [Consultado el 30 de mayo de 2017].

<sup>35, 36</sup> Mansilla Izquierdo, F. (2010). *Suicidio y Prevención*. Recuperado de: [http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo\\_doc12101.pdf](http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf) [Consultado el 8 de junio de 2017].

Las diferentes campañas de prevención del suicidio inciden en la importancia del diagnóstico y tratamiento de la depresión como principal medio de prevención, así como la eliminación o disminución del estigma social que se asocia a la enfermedad mental<sup>37</sup>.

Son varios los estudios que han demostrado que formar a los profesionales sanitarios tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la depresión, así como en la detección precoz del riesgo de conductas suicidas y de problemas emocionales (en ocasiones encubiertos) resulta de gran utilidad para la prevención del suicidio<sup>38</sup>.

En este sentido, Mann (2005)<sup>39</sup> determina que la formación del personal sanitario en la detección y tratamiento de la depresión y el control del acceso a los medios que podrían ser utilizados para quitarse la vida han resultado ser los métodos más eficaces en la prevención del suicidio.

### **6.1. Estrés postraumático y trabajo emocional**

Como se ha explicado en apartados anteriores de este trabajo, el estrés postraumático puede afectar gravemente a la salud mental del individuo que lo sufre. Por este motivo, es importante conocer y llevar a cabo las medidas para su correcta prevención. Para ello es necesario que el personal susceptible de sufrir situaciones que, por la naturaleza de su trabajo, puedan generarle un trauma o estado de shock, esté adecuadamente formado acerca de los riesgos inherentes a su puesto, además de poseer las actitudes y criterios óptimos requeridos de salud mental, con el objetivo de que consiga hacer frente a las diferentes situaciones que puedan surgir durante el desarrollo de su actividad laboral<sup>40</sup>.

También es importante, desde el punto de vista organizativo, que se lleven a cabo evaluaciones continuas de la salud mental de los trabajadores con el fin de conocer de manera temprana la existencia de trastornos psíquicos en los profesionales, así como realizar campañas y acciones formativas sobre el cuidado de la salud mental y prevención del estrés. Además, es aconsejable facilitar a las familias de estos profesionales información acerca del cuidado de la salud mental y de los síntomas que pueden alertar de posibles problemas psíquicos. Desde el punto de vista de la prevención a nivel individual, es importante que los profesionales sanitarios expresen sus emociones y busquen ayuda si perciben que la situación traumática experimentada puede afectarles psicológicamente. Por otra parte, está comprobado que realizar actividad física ayuda a disminuir los efectos nocivos que puede generar el estrés.

---

<sup>37</sup> Mingote, J.C., Crespo, D., Hernández, M., Navío, M., Rodrigo, C., (2013). Prevención del Suicidio en Médicos. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/especial.pdf>

<sup>38</sup> (n.d.). Prevención en Atención Primaria. Recuperado de: [http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=113&Itemid=153](http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=153) [Consultado el 8 de junio de 2017].

<sup>39</sup> Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf> [Consultado el 30 de mayo de 2017].

<sup>40</sup> (2013). Prevención del trastornos por estrés postraumático entre el personal de emergencias. *Revista Médica Electrónica PortalesMédicos.com*. 1-4. Recuperado de: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-trastorno-estres-postraumatico/> [Consultado el 5 de junio de 2017].

Las tácticas más utilizadas para minimizar la duración y severidad del estrés postraumático son la denominada “terapia de exposición” (el paciente se enfrenta gradualmente a la situación que le ha causado el trauma), y “enfrentamiento en control de la ansiedad”.

Del mismo modo que el estrés postraumático afecta a la salud mental de quienes lo padecen, el trabajo emocional también puede afectar negativamente y provocar trastornos mentales en los profesionales que lo experimentan. Para prevenir el impacto emocional que pueden sufrir los profesionales sanitarios como consecuencia del cumplimiento de su trabajo se pueden llevar a cabo las siguientes medidas<sup>41</sup>:

- Realizar cursos formativos dirigidos a profesionales de la salud, en los que se incluyan temas relacionados con la inteligencia y gestión emocional.
- Desarrollar y divulgar protocolos de actuación sobre cómo gestionar los posibles efectos adversos que puedan originarse como consecuencia de determinadas situaciones de impacto emocional.
- Proporcionar la accesibilidad y disponibilidad de personal del área de Psicología para los profesionales sanitarios.
- Crear un grupo de voluntariado para que acompañen a los pacientes que no tienen familiares o amigos que les hagan compañía. En este sentido, también se puede colaborar con trabajadores sociales para aquellos casos en los que las circunstancias personales del usuario lo requieran.
- Garantizar que el paciente pueda ser derivado a otro profesional en las situaciones en las que el trabajador responsable del usuario esté sometido a niveles de impacto emocional que puedan llegar a ser perjudiciales para su salud.
- Organizar reuniones periódicas para informar de los casos más relevantes a nivel de complejidad.
- Impulsar la comunicación entre profesionales veteranos y jóvenes acerca de las experiencias de impacto emocional vividas y cómo las han afrontado.

---

<sup>41</sup>Serrano Argüeso, M., Ibáñez González, M. (2015). *La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral. Estudio teórico y análisis de su incidencia en el personal sanitario de la comunidad autónoma de Euskadi-España*. Recuperado de: <http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/25%20SERRANO%20ARGUESO.pdf> [Consultado el 6 de junio de 2017].

## 7. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha intentado exponer la incidencia que tienen las características laborales sobre la ideación suicida y el suicidio consumado. En concreto, se ha estudiado el personal sanitario por considerar que se trata de una profesión de riesgo y con connotaciones de especial interés por el riesgo emocional consistente en el trato con personas enfermas, con sometimiento a factores de riesgos, sobre todo psicosociales, de alta intensidad-

Son diversos los estudios que demuestran que los profesionales de la salud muestran una mayor tasa de suicidio en comparación con la población general, siendo el sexo femenino el que presenta una significativa diferencia en relación a las mujeres de la población general.

Los principales motivos por los que el personal sanitario se encuentra en una situación de riesgo de cometer suicidio están ligados a largas jornadas de trabajo, estrés laboral, depresión, ansiedad excesiva, *burnout*, trastornos psíquicos en general y fácil acceso a drogas letales. Además, cabe destacar que los profesionales de la salud son reticentes a tratar sus propias enfermedades con terceros, por lo que se autodiagnostican y automedican, generando en ocasiones un tratamiento ineficaz de las enfermedades mentales que sufren.

En este sentido, para poder llevar a cabo una adecuada prevención, es importante conocer los diferentes factores de riesgo que pueden alertar de la probabilidad de que se produzca un suicidio. Para ello, se proponen acciones formativas y charlas informativas, tanto para el propio personal como para personas de su entorno, en las que se expongan las principales señales de alerta. También resulta de gran utilidad para la prevención del suicidio la restricción del acceso a los medios que puedan facilitar el suicidio en las personas vulnerables, y la formación de los profesionales sanitarios en el diagnóstico y tratamiento de la prevención, así como en la detección precoz de los trastornos mentales y conductas suicidas.

Los riesgos psicosociales se encuentran ligados a la ideación suicida, por lo que es necesario desarrollar una adecuada evaluación de este tipo de riesgos, con el objetivo de implantar medidas preventivas eficaces para reducir o eliminar los efectos nocivos que los riesgos psicosociales pueden originar en la salud del trabajador. Para ello, se plantea el establecimiento de medidas para la reducción del estrés, la creación de un entorno de trabajo "mentalmente saludable" (a través de grupos de apoyo, promoción del diálogo abierto como método de solución de conflictos, etc.), organizar campañas de salud mental y afrontamiento de situaciones traumáticas, o la realización de evaluaciones continuas de la salud mental de los trabajadores.

Se ha considerado además el tratamiento jurisprudencial del suicidio como accidente de trabajo, subordinado a la relación de causalidad con el contenido de la prestación laboral, o con las concretas relaciones laborales del trabajador en su entorno de trabajo.

En definitiva, el personal sanitario se encuentra expuesto a riesgos psicosociales que pueden derivar en enfermedades mentales graves e incluso, en el peor de los casos, en suicidio. Por esta razón se insiste en que es de vital importancia estar informado y formado sobre los riesgos que se encuentran

presentes en cada profesión y puesto de trabajo, con el fin de saber reaccionar cuando éstos aparecen y evitar así las consecuencias negativas que generan.

## BIBLIOGRAFÍA

Aísa Garcés, I. (2014). *La calificación del suicidio como Accidente de Trabajo en el Régimen General de la Seguridad Social*. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Grado en RRL y RRHH. Universidad de Zaragoza. Recuperado de:

<https://zaguan.unizar.es/record/14957/files/TAZ-TFG-2014-856.pdf>

[Consultado el 5 de mayo de 2017].

Aja L. (Abril de 2007). *El suicidio y los factores indicadores de riesgo*. Congreso Latinoamericano de Educación. Congreso llevado a cabo en Bogotá, Colombia.

Alastruey Anza, J. C., y Gomez Etxebarria, M. Guía de Introducción a los riesgos Psicosociales Organizacionales. Recuperado de:

[http://www.osalan.euskadi.eus/libro/guia-de-introduccion-a-los-riesgos-psicosociales-organizacionales/s94-osa9999/es/adjuntos/guia\\_psicosociales\\_2013.pdf](http://www.osalan.euskadi.eus/libro/guia-de-introduccion-a-los-riesgos-psicosociales-organizacionales/s94-osa9999/es/adjuntos/guia_psicosociales_2013.pdf)

[Consultado el 20 de marzo de 2017].

Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (n.d.) *El Suicidio. Causas y Factores de Riesgo*. Recuperado de:

<http://www.redaipis.org/el-suicidio/>

[Consultado el 1 de junio de 2017].

Cano Domínguez, P., Pena Andreu, J.M., y Ruiz Ruiz, M. (n.d.). *Las conductas suicidas*. Recuperado de:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/suicidas.pdf>

[Consultado el 15 de abril de 2016].

Del Rosal, P. (2016). La Justicia declara como accidente laboral el suicidio de un trabajador. *El economista*. Recuperado de:

<http://www.economista.es/laboral/noticias/7271474/01/16/La-Justicia-declara-como-accidente-laboral-el-suicidio-de-un-trabajador.html>

[Consultado el 23 de mayo de 2017].

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del suicidio. Un instrumento en el trabajo*.

Recuperado de:

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_work\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf?ua=1)

[Consultado el 1 de junio de 2017].

Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid. *Prevención del suicidio. Magnitud del problema en España*. Recuperado de:

[http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=93&Itemid=151](http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=151)

[Consultado el 25 de abril de 2016].

FEAFES. (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental). (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. Recuperado de: [http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est14.pdf](http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf). pdf  
[Consultado el 22 de abril de 2016].

GARCÍA GONZÁLEZ, G. (2010). Crisis económica y riesgos psicosociales: el suicidio como accidente de trabajo. Perspectiva jurídico-preventiva. *Revista de Derecho Social*, núm. 50. pp. 127-149

Getán Núñez, M.; y Ramos Buges, E. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: evaluación y planificación* en una empresa de sector servicios. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo. Grado en RRLL y RRHH. Universidad de Zaragoza. Recuperado de: <http://deposita.unizar.es/TAZ/SOCIZ/2015/21742/TAZ-TFG-2015-1542.pdf>  
[Consultado el 13 de abril de 2017].

Gil-Monte, P. (2012). *Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a12v29n2.pdf>  
[Consultado el 15 de marzo de 2017].

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2014. Notas de prensa. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>  
[Consultado el 25 de abril de 2016].

LAFUENTE PASTOR, V. P., *La reforma laboral española de 2012. Un espejo roto de la flexiseguridad europea*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza, 2016, pp. 477-485.

Mansilla Izquierdo, F. (2010). *Suicidio y Prevención*. Recuperado de: [http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo\\_doc12101.pdf](http://www.psiquiatria.com/wp-content/uploads/2013/08/archivo_doc12101.pdf)  
[Consultado el 8 de junio de 2017].

Martín, A. (2016). Jurisprudencia comentada. Suicidio como accidente de trabajo. Evolución jurisprudencial. Tu asesor laboral. Recuperado de: <http://www.tuasesorlaboral.net/categorias-de-estudio/jurisprudencia/528-jurisprudencia-comentada-suicidio-como-accidente-de-trabajo-evolucion-jurisprudencial>  
[Consultado el 8 de mayo de 2017].

Mel de Landa, P. (2013). *El suicidio y la importancia de su prevención*. Escuela de enfermería de Leioa. Universidad del País Vasco. Recuperado de: <https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10323/EI%20suicidio%20y%20la%20importancia%20de%20su%20prevenci%C3%B3n.pdf?sequence=1>  
[Consultado el 2 de junio de 2017].



Mingote, J.C.; Crespo D.; Hernández, M.; Navío, N.; y Rodrigo, C. (2013). Prevención del suicidio en médicos. Revista electrónica *Medicina y Seguridad del Trabajo*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/especial.pdf> [Consultado el 3 de Mayo de 2016].

Ministerio de salud. Presidencia de la Nación de Argentina. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/215-suicidio> [Consultado el 19 de abril de 2016].

Moreno Jiménez, B., y Báez, León, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf> [Consultado el 29 de marzo de 2017].

Observatorio Vasco de Acoso Moral. (2012). *La Salud Mental de las y los Trabajadores*. Recuperado de: [https://www.diba.cat/documents/467843/58215200/salud\\_mental\\_trabajadores.pdf/84be462b-8e33-4795-aa3a-f8d0f5cf1bd8](https://www.diba.cat/documents/467843/58215200/salud_mental_trabajadores.pdf/84be462b-8e33-4795-aa3a-f8d0f5cf1bd8) [Consultado el 26 de abril de 2017].

Organización Mundial de la salud. (2017). *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/> [Consultado el 25 de abril de 2016].

(2013). Prevención del trastornos por estrés postraumático entre el personal de emergencias. *Revista Médica Electrónica PortalesMédicos.com*. 1-4. Recuperado de: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-trastorno-estres-postraumatico/> [Consultado el 5 de junio de 2017].

Prevención en Atención Primaria. Recuperado de: [http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=113&Itemid=153](http://www.prevencionsuicidio.com/index.php?option=com_content&view=article&id=113&Itemid=153) [Consultado el 8 de junio de 2017].

Puglisi, J.A. (2016). Los médicos se suicidan más que juristas y policías. *Sanitaria Dos mil*. Recuperado de: <http://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/los-medicos-se-suicidan-mas-que-juristas-y-policias-5908> [Consultado el 28 de abril de 2016].

Revelan tendencia al suicidio en médicos, enfermeros y psiquiatras en Portugal. *Hacer pueblo*. Recuperado de: <http://spanish.peopledaily.com.cn/31614/6924828.html>

[Consultado el 28 de abril de 2016].

Serrano Argüeso, M., Ibáñez González, M. (2015).

*La prevención de las situaciones de impacto emocional en el ambiente laboral. Estudio teórico y análisis de su incidencia en el personal sanitario de la comunidad autónoma de Euskadi-España.* Recuperado de:  
<http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/25%20SERRANO%20ARGUESO.pdf>

[Consultado el 6 de junio de 2017].

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida.* Recuperado de:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>

[Consultado el 30 de mayo de 2017].

STSJ Cataluña núm. 2848/2014, de 11 de abril

STSJ Cataluña núm. 6244/2002, de 3 de octubre.

(2003). Una sentencia reconoce como accidente de trabajo el suicidio de una doctora. *ABC.es.*

Recuperado de:

[http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-02-2003/abc/Sociedad/una-sentencia-reconoce-como-accidente-de-trabajo-el-suicidio-de-una-doctora\\_160895.html](http://www.abc.es/hemeroteca/historico-09-02-2003/abc/Sociedad/una-sentencia-reconoce-como-accidente-de-trabajo-el-suicidio-de-una-doctora_160895.html)

[Consultado el 25 de mayo de 2017].