



LA TORMENTA (IM)PERFECTA: SUICIDIO EN RESIDENTES

Eva Garnica, Sonsoles Enjuto, Izaskun Eraña, Amaia Etxebarria, Talía Rincón, Maider Sánchez. UDM de la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Justificación

Progresiva preocupación por la salud mental del personal residente y con especial alarma por los casos de suicidio consumado. Proponemos estudiar el problema con la mayor objetividad para poder llegar a estrategias preventivas y eficaces.

Objetivos

Conocer las características sociodemográficas, profesionales, de personalidad etc. de las personas que se suicidan durante la residencia así como hipótesis causales asociadas, para poder abordar el problema desde su complejidad.

Material y métodos

Revisión de datos oficiales españoles, literatura científica internacional, estudios llevados a cabo por los Colegios de médicos en España y extracción de los datos más relevantes.

Resultados

En España existe una limitación en los registros oficiales por ocupación, se desconoce el dato oficial de suicidios en residentes. Recientemente se ha presentado un estudio llevado a cabo por el CGCOM (en colaboración con el INE) abordando la mortalidad de los médicos (por edad y por causa, incluyendo suicidio). En general la mortalidad es menor en médicos por cualquier causa salvo en suicidio en mujeres (fig. 1 y 2). Se revela mayor incidencia de los 25 a 44 y después de los 55 años.

Respecto a publicaciones internacionales, la evidencia científica y sociolaboral identifica al personal sanitario (especialmente médicos y profesionales de la salud mental) como uno de grupos de mayor riesgo psicológico.

Es conocido el elevado riesgo de depresión y *burnout* en personal residente (especialmente mujeres). Las crisis agudas y los suicidios se concentran durante el inicio de la residencia según publicaciones internacionales.

Las especialidades de mayor riesgo son: Anestesiología: particular incidencia en intoxicaciones (acceso directo a fármacos de alta potencia letal). Psiquiatría: altas tasas de mortalidad y distrés debido a la carga emocional continua y la gestión de situaciones límite.

El riesgo se incrementa por la convergencia de condiciones laborales extremas (fatiga crónica, privación de sueño, burnout y depresión), el estigma institucional que desincentiva la búsqueda de ayuda y el conocimiento especializado sobre métodos y vías letales. Además de los detonantes laborales (como las guardias), ciertos perfiles de personalidad modulan el riesgo (vulnerabilidad individual). Destacan el alto neuroticismo (mayor propensión a la angustia ante la presión) y los rasgos de autoexigencia y perfeccionismo extremo.

Conclusiones

El suicidio es un tema demasiado complejo y multifactorial, deben confluir factores externos e internos para que ocurra. Debemos conocerlo y abordarlo desde este enfoque para detectar vulnerabilidades previas tanto individuales como colectivas y para mejorar dichas condiciones desde una perspectiva suficientemente amplia.

Mortalidad por suicidio: tasas por sexos

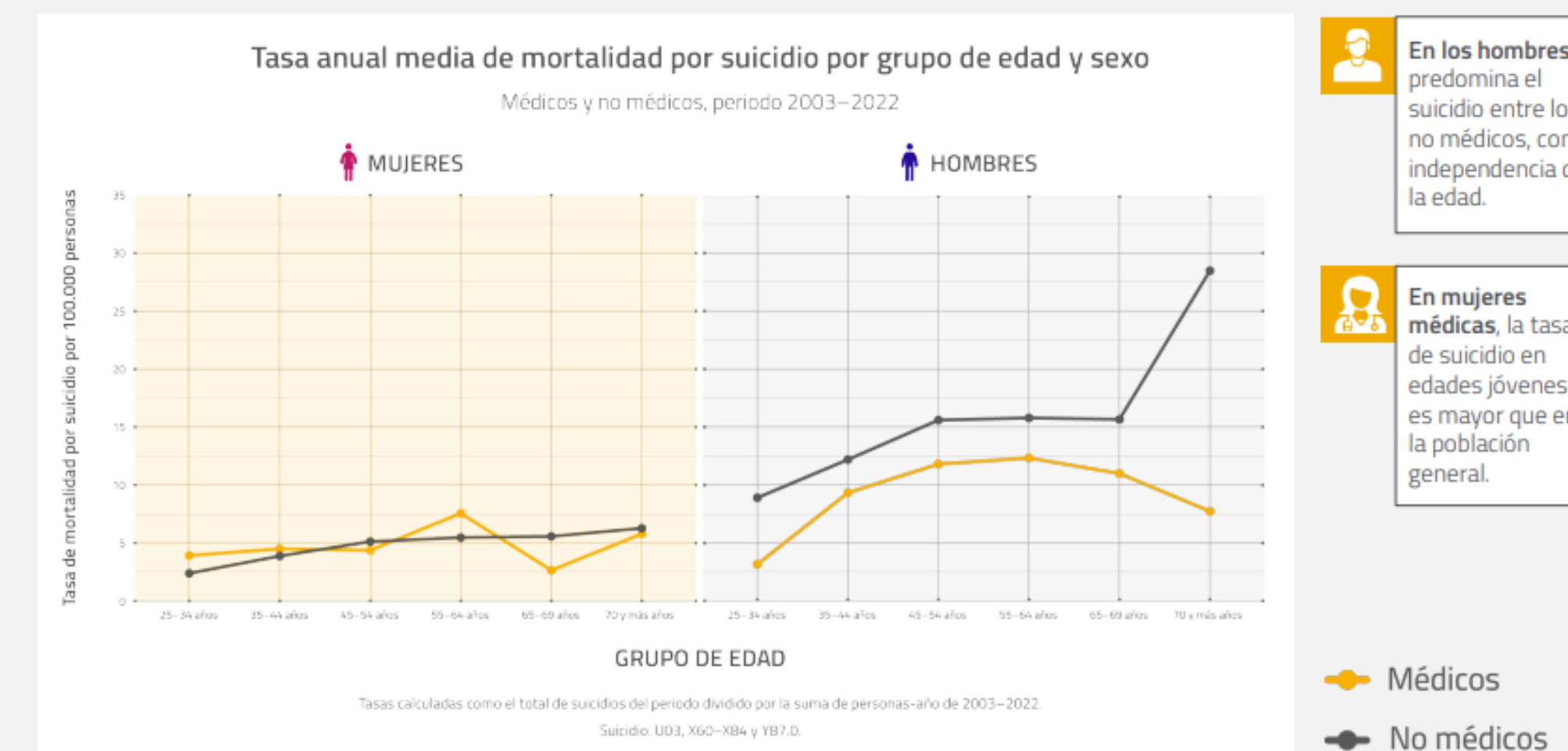


Fig. 1

Mortalidad por suicidio: métodos

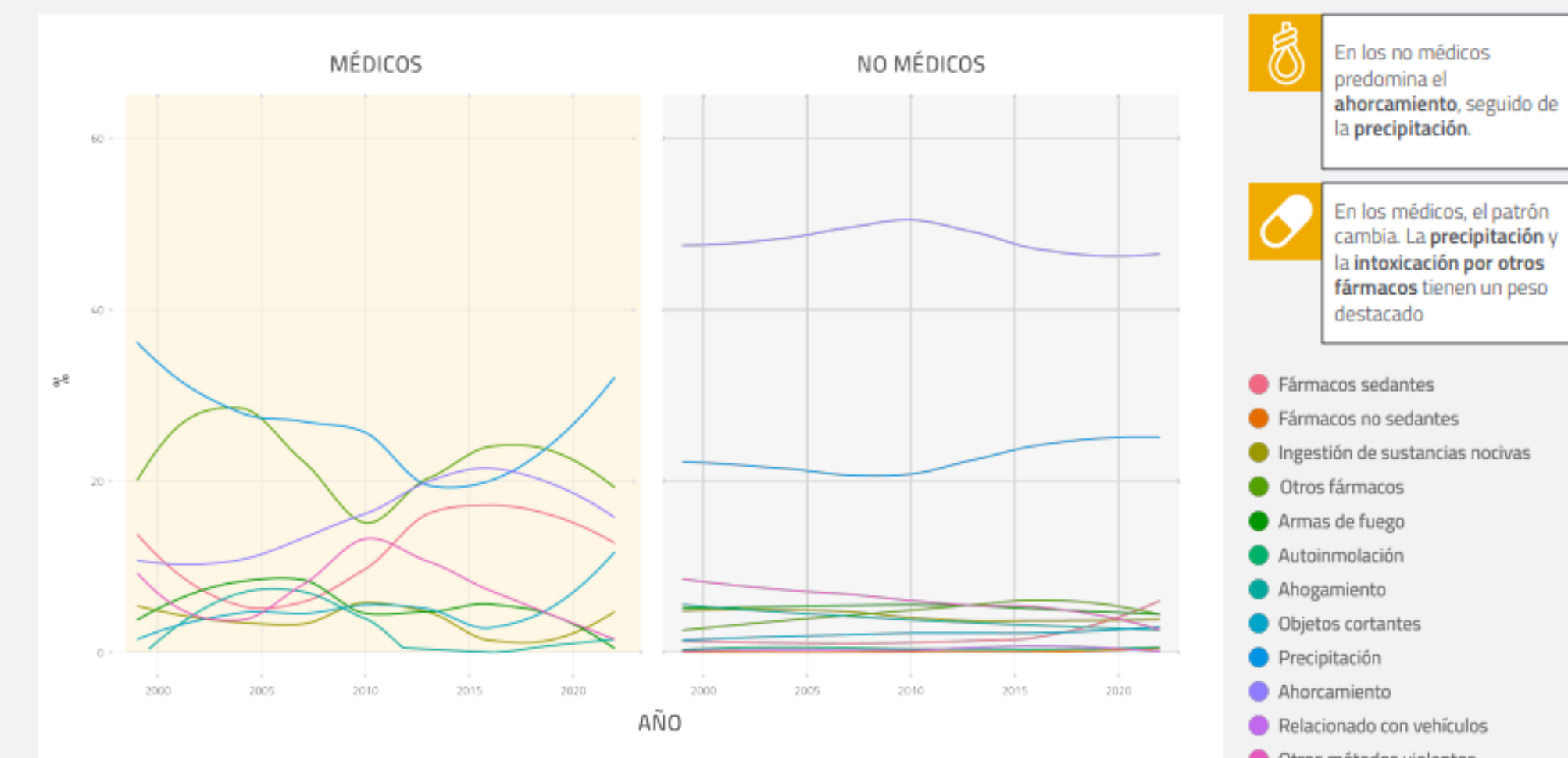


Fig. 2

RIESGO DE SUICIDIO EN RESIDENTES

VULNERABILIDAD INDIVIDUAL



RASGOS DE
PERSONALIDAD



ANTECEDENTES
DE SALUD MENTAL



FACTORES
GENÉTICOS

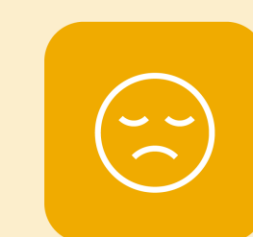
FACTORES PRECIPITANTES



CONDICIONES
LABORALES



SITUACIONES
LÍMITE



CRISIS
AGUDAS

FACTORES DEL ENTORNO



FÁRMACOS ALTA
POTENCIA



CONOCIMIENTO
DE MÉTODOS



ACCESO NO
CONTROLADO