

FACTORES SOCIALES EN EL SUICIDIO DE PERSONAL SANITARIO. EL IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL Y LA NECESIDAD DE UNA AUTOPSIA SOCIAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

SOCIAL FACTORS IN HEALTHCARE WORKER SUICIDE. THE IMPACT OF WORK-RELATED STRESS AND THE NEED FOR A SOCIAL AUTOPSY: A SYSTEMATIC REVIEW

Ángel Luis Arricivita Amo

Trabajador social sanitario. Centro de Salud Fidel Pagés de Huesca (España). Servicio Aragonés de Salud.

Javier Olivera Pueyo

Psiquiatra. Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Universidad de Zaragoza.

Visitación Ortega Riba

Bibliotecaria. Hospital Universitario San Jorge de Huesca. Miembro del equipo Bibliosalud-Aragón (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-IACS).

Resumen: Se ha realizado una revisión de la literatura científica para valorar los factores sociales vinculados al suicidio del personal sanitario, sus condicionantes y factores de influencia en este tipo de conducta. Del estudio se desprende la necesidad de la realización de autopsias sociales.

Palabras Clave: suicidio, variables sociales, autopsia social, personal sanitario, estrés laboral.

Abstract: A review of the scientific literature has been carried out to assess the social factors linked to suicide among healthcare personnel, its determinants and factors influencing this type of behaviour. From the study, the need for social autopsies has emerged.

Keywords: suicide, social variables, social autopsy, health personnel, work-related stress.

Referencia normalizada: Arricivita Amo, A. L.; Olivera Pueyo, J. y Ortega Riba, V. (2025). Factores sociales en el suicidio de personal sanitario. El impacto del estrés laboral y la necesidad de una autopsia social: una revisión sistemática. *Trabajo Social Hoy*, 103 (1), 1-22. Doi: 10.12960/TSH.2025.0009

Correspondencia: Ángel Luis Arricivita Amo. Email: aarricivita@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio fue definido por la OMS en 1986 como «un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto a sabiendas o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los resultados deseados» (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 43). Constituye uno de los problemas de salud pública y social, más relevantes a nivel mundial (World Health Organization, 2012, 2014) incluida España (World Health Organization, 2021).

En España, con los datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística (INE), referido al año 2022, «El *suicidio* se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 4.227 fallecimientos, un 5,6% más» (Instituto Nacional de Estadística, 2023, p. 5), que en 2021; siendo en los hombres la principal causa de muerte externa (3.126 fallecidos y un aumento del 4,8% respecto a 2021), y en las mujeres la tercera (1.101 muertes), con un aumento del 7,8% respecto de 2021, detrás del *ahogamiento, sumersión y sofocación* y las *caídas accidentales* (Instituto Nacional de Estadística, 2023).

A pesar de ser referidas las posibles variables o circunstancias sociales, como parte de la interacción multifactorial, de la persona suicida: familiares, laborales, profesionales, económicas, legales, estilo de vida, educativas, de salud, sexuales, competencias personales, habilidades sociales, proyecto vital, hábitat, ocio, factores culturales, acontecimientos vitales estresantes y otras, no existen apenas estudios que incidan más en el conocimiento de las mismas. A este respecto, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, considera como factores de riesgo asociados los *factores sociales y ambientales*, entre otros. Por ello, «Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente [...]». (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 29). Si bien no es representativo, puede orientar un estudio llevado a cabo en nuestro medio entre 2013 y 2015, en el que resulta que, «[...] los factores precipitantes o motivadores están relacionados con problemas a nivel social, familiar y de salud» (Naudó-Molist *et al.*, 2017, p. 138) de las personas que se quitan la vida.

Con respecto al **suicidio en la población sanitaria**, si ya el suicidio como tal es un tema tabú, en el caso de esta adquiere mayor ocultamiento.

La revisión bibliográfica de Mingote Adán y sus colaboradores/as (2013) destaca, entre otros aspectos, que la tasa de suicidio de los médicos es superior que la de la población general, mientras que la de las médicas es claramente mayor (Mingote Adán, J. C. *et al.*, 2013).

En nuestro país, parece que son muy escasos los estudios al respecto. Quizás la referencia más cercana al tema es el *Estudio de mortalidad en la profesión médica 2005-2014* (Organización Médica Colegial, 2019), que se presentó en los últimos meses del año 2019 a cargo del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Una de las conclusiones es que el suicidio es la principal causa de muerte externa en la población médica, con mayor incidencia en las médicas con respecto a las mujeres de la población general. Señala también como dato relevante que, por especialidades médicas, Geriátrica, Oncología y Medicina Intensiva obtienen los porcentajes más altos: 9,1, 8,3 y 6,7%, respectivamente.

Con respecto a Enfermería, parece que no hay estudios en nuestro medio. Puede ser de referencia el primer estudio longitudinal llevado a cabo con enfermeras estadounidenses en relación al suicidio, publicado en 2020 y que abarcó el período 2005-2016 (Davidson *et al.*, 2020). Concluía que las enfermeras tenían un mayor riesgo de suicidio que la población general; así mismo, los problemas laborales y los antecedentes de salud mental estaban relacionados con la decisión autolítica (Davidson *et al.*, 2020).

El suicidio, desde la consideración, cuando menos, de una muerte violenta está sujeta a investigación judicial al igual que aquellas «en sospechas de criminalidad, muertes naturales no certificadas, súbitas o sin patología previa conocida en el sujeto» (Real Academia Española, 2022, p. 1); y, por tanto, requiere de una autopsia médico-legal con la finalidad de determinar la causa, el momento, o la etiología de la muerte (Real Academia Española, 2022).

Desde este punto de partida, una revisión sistemática de 76 informes de autopsia psicológica, publicada en 2003, señaló que los efectos de variables sociológicas no habían sido suficientemente estudiados y concluyó que: «Los estudios adicionales deben centrarse en trastornos específicos y factores psicosociales» (Cavanagh *et al.*, 2003, p. 395). Los estudios de autopsia psicológica acusan la ausencia de aportes sólidos de índole social, a pesar de que la interrelación psíquica y social está ampliamente estudiada en diversos contextos [centros de salud (Arricivita Amo *et al.*, 1993), hospitales (Lobo *et al.*, 1982), urgencias sanitarias (Pilossoph-Gelb *et al.*, 1997); Arricivita Amo *et al.*, 2016), catástrofes (Arricivita Amo y Pérez Sales, 2005), etc.].

En este sentido, la **autopsia social** se puede definir como una investigación científica post mortem, retrospectiva e indirecta, centrada en los aspectos sociales de una persona fallecida en circunstancias traumáticas o dudosas con el objetivo de ayudar a comprender las circunstancias de su muerte, perfilar su historia vital y clarificar la naturaleza de su muerte (Gómez Aguilar, M. C., 2021; Parrotta, A. C., 2021; Ruiz Rodríguez, P., 2013; Sánchez Arenas, J., 2016). Conociendo así los factores de riesgo social, su utilidad final es articular medidas preventivas, además de investigación forense y clínica.

La presente revisión sistemática pretende examinar la existencia de factores y problemas sociales en la bibliografía científica asociada al suicidio en población sanitaria; vinculando así, la necesidad de realizar autopsias sociales como procedimiento de detección-evaluación de los mismos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica que contempló la revisión de metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre suicidio en población sanitaria entre los años 2009 y 2021.

Fueron criterios de inclusión artículos publicados sobre *suicidio consumado* o *muerte por suicidio de personal sanitario* en esos 12 últimos años en los idiomas inglés y español, con referencias a factores sociales en general, o alguno/s en particular, de los/as profesionales fallecidos/as. Se decidió ese espacio temporal, sospechando un probable incremento de suicidios en el marco de la Gran Recesión iniciada en 2008 y en los meses más críticos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en 2020, ambas de dimensión mundial.

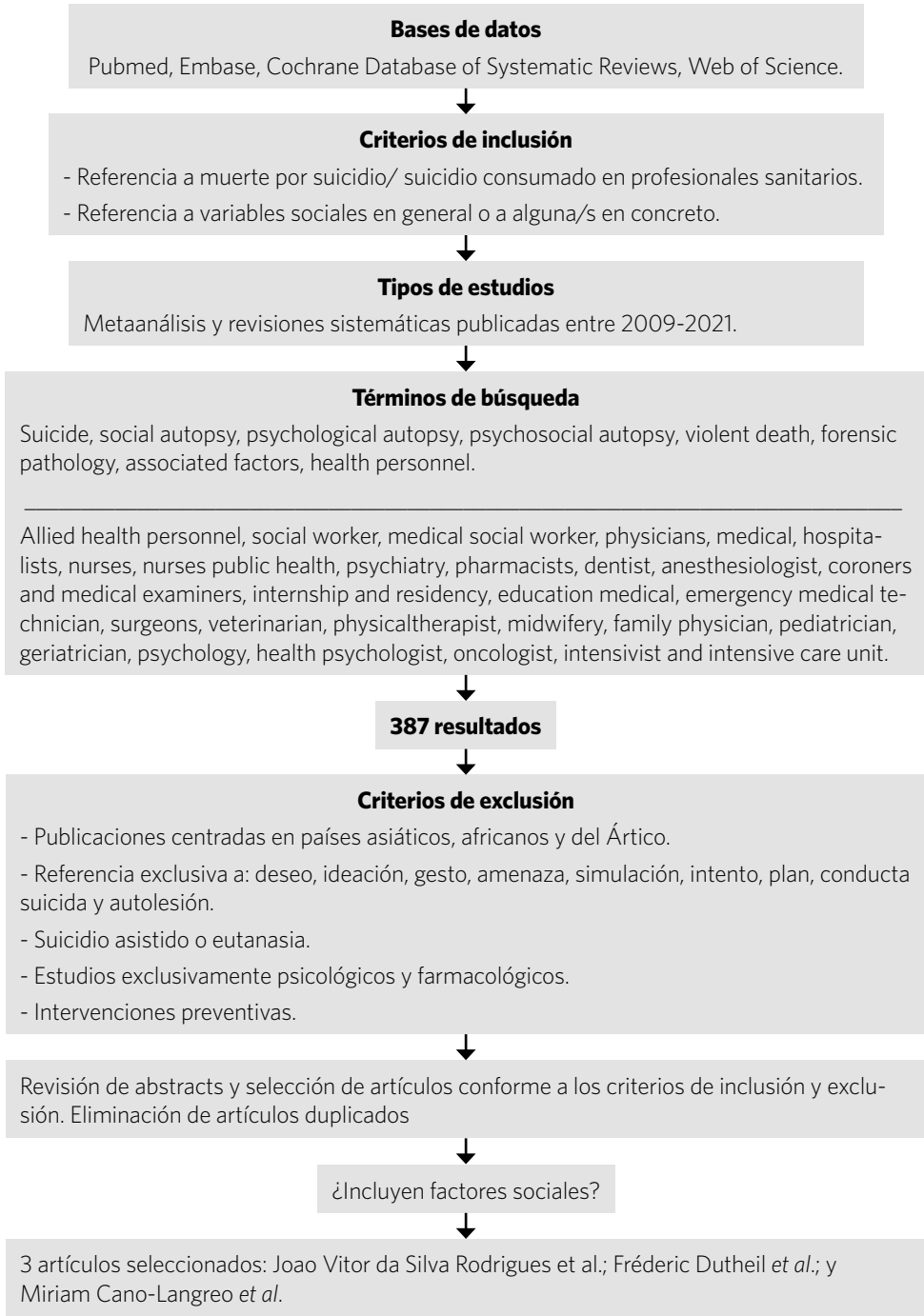
Como criterios de exclusión se consideraron publicaciones centradas en países asiáticos, africanos y del Ártico; referencias exclusivas a: deseo, ideación, gesto, amenaza, simulación, intento, plan y autolesión; suicidio asistido o eutanasia; estudios exclusivamente psicológicos y farmacológicos; así como los centrados en intervenciones preventivas.

En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews y Web of Science. Se llevó a cabo una búsqueda inicial con las palabras clave: *Suicide, health personnel, healthcare personnel, social autopsy, psychological autopsy, psychosocial autopsy, violent death, forensic pathology* y *associated factors*, con diversas estrategias de búsqueda.

Utilizando las mismas bases de datos, se profundizó el análisis con una segunda búsqueda, esta vez por gremios sanitarios que incluyeron las palabras claves: *suicide, social autopsy, psychological autopsy, psychosocial autopsy, violent death, forensic pathology, allied health personnel, social worker, medical social worker, physicians, medical, hospitalists, nurses, nurses public health, psychiatry, pharmacists, dentist, anesthesiologist, coroners and medical examiners, internship and residency, education medical, emergency medical technician, surgeons, veterinarian, physicaltherapist, midwifery, family physician, pediatrician, geriatrician, psychology, oncologist and intensivist*, con diversas estrategias de búsqueda. La consideración de esos gremios sanitarios, obedece a que siendo un problema —el del suicidio en personal sanitario— escasamente hablado, parecía una oportunidad de abordar el conocimiento científico del mismo desde un espectro amplio y variado de especialidades sanitarias y no, solamente, el colectivo médico y enfermero. Para la concreción de esas especialidades sanitarias, se tuvieron en cuenta los hallazgos en la diferente bibliografía científica internacional y nacional, al respecto.

A continuación, se realizó una selección de las publicaciones basándose en las informaciones aportadas en los resúmenes, teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos. Se eliminaron los artículos duplicados. Así mismo, se analizaron algunos artículos completos al objeto de conocer con más detalle posibles aspectos que pudieran ser relevantes para este estudio. La metodología llevada a cabo se resume en la Figura 1.

Fig. 1. Flujoograma de búsqueda



3. RESULTADOS

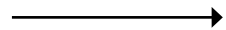
La búsqueda bibliográfica arrojó un total de 387 artículos de revisiones sistemática y metaanálisis de los cuales, solamente 3 cumplían los criterios de inclusión aplicados en el presente estudio: Joao Vitor da Silva Rodrigues (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021); Frédéric Dutheil (Dutheil *et al.*, 2019); Miriam Cano Langreo (Cano Langreo *et al.*, 2014). En la Tabla 1 se detallan las características de los artículos seleccionados: número de estudios incluidos en cada artículo, población incluida en cada uno de ellos, método, especialidades sanitarias participantes, factores sociales observados, consulta de historia social, problemas de salud, análisis por especialidades médicas, otros profesionales no sanitarios incluidos en los estudios, referencia a autopsia psicológica, social o psicosocial, así como a estrategias preventivas de corte psicosocial.

Tabla 1. Factores sociales evaluados

Autores	Año	Estudios Seleccionados	Población incluida en los estudios (N)	Método	Trabajador sanitario
Joao Vitor da Silva Rodrigues, Jose E. Guimaraes Peerira, Luisa Almeida Passarelli, Gabrielle MGB Guatura y Regina El Dib. [European Journal of Anaesthesiology 2021;38:715-734]	2021	39	143.630 profesionales	Revisión sistemática y metaanálisis de estudios observacionales	"Profesional de salud proveedor de anestesia. Profesionales de salud no proveedores de anestesia: médicos, residentes y/o enfermeros asociados con otras especialidades médicas: pediatría, cirugía, psiquiatría y medicina familiar."
Frédéric Dutheil, Claire Aubert, Bruno Pereira, Michael Dambrun, Fares Moustafa, Martial Mermillod, Julien S. Baker, Marion Trousselard, François-Xavier Lesage, Valentin Navel. [Plos One, 2019 Dec 12;14(12)]	2019	65	31.809 médicos*	Revisión sistemática y metaanálisis	Médicos
"M. Cano-Langreo, S. Cicirello-Salas, A. López-López, M. Aguilar-Vela [Med y Segur Trab (Internet) 2014;60 (234) 198-218]"	2014	20	N=696.501 profesionales [n1= 680.933 (suicidios consumados), n2= 15.094 (ideación suicida), n3= 146 (riesgo suicida), n4= 328 (ideación, planes e intentos)]	Revisión bibliográfica	Anestesiastas, psiquiatras, médicos de familia, dentistas, personal de enfermería, farmacéuticos y residentes quirúrgicos.

Factores sociales observados							
Familiares	Laborales	Económicos	Legales	Hábitat / Vivienda	Sexuales	Soledad	Contactos sociales (amigos, vecinos...)
SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ
SÍ (posible explicación)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ (posible explicación)	NO
SÍ (de pareja)	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	SÍ

Factores sociales observados				
Estilo de vida	Proyecto vital	Acontecimientos vitales estresantes (AVE)	Estigma/ riesgo de	Habilidades sociales
NO	NO	SÍ (factores estresantes en el trabajo)	SÍ (compañeros consumidores)	SÍ (habilidades de afrontamiento ineficaces/poca o ninguna confianza en sus habilidades)
NO	NO	SÍ	SÍ (mujeres/infravaloración de prevalencia)	SI (negativas-posible explicación/médicas-pasantías autoimposición mayor presión adicional)
NO	NO	SÍ (crisis laboral/muerte amigo o familiar/ estrés laboral y familiar)	SÍ (infravaloración de prevalencia/mujeres/estigma significativo)	SÍ (poca formación/mujeres mayor presión adicional)



Historia social (consultada)	Problemas de salud	Análisis por especialidades médicas	Otros profesionales no sanitarios	Autopsia psicológica	Autopsia social	Autopsia psicossocial	Estrategias preventivas de corte psicosocial
NO	SÍ (trastornos del estado de ánimo, problemas de salud, abuso de alcohol y otras drogas)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ
NO	SÍ (estrés, depresión)	SÍ	NO	NO	NO	NO	SÍ (medidas para la reducción del estrés laboral)
SÍ	SÍ (abuso de drogas y patología mental)	SÍ	SÍ (maestros, matarifes, cazadores, policías, teólogos, personas sin empleo)	SÍ	NO	NO	SÍ (autogestión de horarios y carga de trabajo, posibilidad de discutir situaciones estresantes, apoyo entorno laboral ante crisis...)

* No todos los estudios incluyen «N». El resultado es la suma de los que sí disponen este dato. Por tanto, en realidad, la suma total siempre será superior.

Se detectaron, inicialmente, 13 factores sociales a observar: familiares, laborales, económicos, legales, hábitat/vivienda, sexuales, soledad, contactos sociales (amigos, vecinos, etc.), estilo de vida, proyecto vital, acontecimientos vitales estresantes (AVE), estigma y habilidades sociales. Sin embargo, los hallazgos resultantes de análisis pormenorizados (mediante revisiones inversas) a los que se hacen referencia en la discusión, llevaron a considerar un área más definida como *Otros sin especificar*. La consideración de dichos factores obedece a que se trata de variables sociales habituales a considerar en la evaluación social en la práctica clínica.

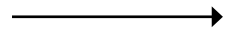
Más de 871.940 personas, profesionales sanitarios/as, incluidos en los 3 estudios seleccionados integran la totalidad de la muestra de esta revisión de revisiones sistemática. La profesión médica, en diferentes especialidades, es la única figura sanitaria presente en los tres estudios de revisión. En uno de éstos, hubo comparativa con profesionales no sanitarios/as.

La revisión llevada a cabo por Joao Vitor da Silva Rodrigues (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021) y sus colaboradores/as, detecta factores sociales en 10 áreas; la de Frédéric Dutheil (Dutheil *et al.*, 2019) y su equipo en 6; y 9 factores sociales observa Miriam Cano Langreo (Cano Langreo *et al.*, 2014) y sus colaboradores/as. Cabe matizar que los factores sociales señalados en la revisión del equipo de Frédéric Dutheil se abordaron en la discusión de su revisión.

La Tabla 2 recoge los estudios referenciados de suicidios consumados —además de otras conductas suicidas— y de factores sociales por áreas.

Tabla 2. Estudios referenciados de factores sociales

Autores	Año	Estudios Seleccionados	Trabajador sanitario
Joao Vitor da Silva Rodrigues, Jose E. Guimaraes Peerira, Luisa Almeida Passarelli, Gabrielle MGB Guatura y Regina El Dib. [European Journal of Anaesthesiology 2021;38:715-734]	2021	39	"Profesional de salud proveedor de anestesia. Profesionales de salud no proveedores de anestesia: médicos, residentes y/o enfermeros asociados con otras especialidades médicas: pediatría, cirugía, psiquiatría y medicina familiar."
Frédéric Dutheil, Claire Aubert, Bruno Pereira, Michael Dambun, Fares Moustafa, Martial Mermillod, Julien S. Baker, Marion Trousselard, François-Xavier Lesage, Valentin Navel. [Plos One, 2019 Dec 12;14(12)]	2019	65	Médicos
"M. Cano-Langreo, S. Cicirello-Salas, A. López-López, M. Aguilar-Vela [Med y Segur Trab (Internet) 2014;60 (234) 198-218]"	2014	20	Anestesiistas, psiquiatras, médicos de familia, dentistas, personal de enfermería, farmacéuticos y residentes quirúrgicos.



LEYENDA	Factores sociales (estudios referenciados)					
	Familiares	Laborales	Económicos	Legales	Hábitat / Vivienda	Sexuales
Negro: Estudios que informan factores sociales y suicidios.	3 (30, 34, 35)	3 (30, 34, 35)	3 (30, 34, 35)	3 (30, 34, 35)	NO	NO
Azul: Estudios que informan factores sociales y otras conductas suicidas.	NO	1(46)	NO	1(46)	NO	NO
Rojo: Estudios que informan factores sociales y no conductas suicidas	2 (44, 51)	6 (32, 33, 46, 49, 51, 53)	NO	3(46, 51, 53)	NO	1 (44)
Verde: Estudios que refieren posibles explicaciones sociales	NO	2 (96, 97)	NO	NO	NO	NO
	3 (122, 135, 136)	6 (18, 121,122, 123, 135,136)	NO	NO	NO	NO
	1 (18)	2 (18, 20)	1 (12)	1 (12)	NO	NO
	1(23)	3 (24, 25, 29)	NO	NO	NO	NO
Total estudios con factores sociales (por áreas)	10	28	4	8	0	1
Estudios con factores sociales y suicidios/ Total estudios con factores sociales					0/0	0/1
Total estudios con suicidios (por áreas)	4	7	4	4	0	0

Factores sociales (estudios referenciados)							Otros sin especificar
Soledad	Contactos sociales (amigos, vecinos...)	Estilo de vida	Proyecto vital	Acontecimientos vitales estresantes (AVE)	Estigma/ riesgo de	Habilidades sociales	
NO	NO	NO	NO	1 (34)	1 (30)	1 (30)	NO
NO	NO	NO	NO	1(46)	NO	NO	NO
NO	1 (44)	NO	NO	NO	1(49)	1(32)	1 (46 -problemas de la vida)
NO	NO	NO	NO	NO	1 (7)	NO	NO
1 (122)	NO	NO	NO	2 (11, 16)	NO	3 (89, 90, 91)	NO
NO	2 (12, 18)	NO	NO	2 (19, 20)	3 (12, 13, 20)	NO	NO
NO	NO	NO	NO	1(26)	NO	NO	5 (23-bajo apoyo social y 22, 27, 28, 29-burnout)
1	3	0	0	7	6	5	6
0/1		0/0	0/0				0/6
0	2	0	0	3	5	1	0

Los tres estudios de revisión seleccionados reportan factores negativos en el ámbito familiar y laboral, así como estigma o riesgo del mismo, acontecimientos vitales estresantes (AVE) y habilidades sociales negativas o ineficaces. Las referencias a aspectos económico-financieros, contactos sociales (con vecinos, amigos, etc.), factores legales y otras circunstancias sociales sin especificar, han sido consignadas en dos de las revisiones (Cano Langreo *et al.*, 2014; Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021). Las referencias a aspectos sexuales se recogen en una (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021), al igual que la soledad (Dutheil *et al.*, 2019). Ninguno de los tres estudios documenta información sobre hábitat-vivienda, estilo de vida y proyecto vital.

Inicialmente, ninguna de las tres revisiones refiere consulta a la historia social para recabar información. Sin embargo, un análisis pormenorizado constata consulta de dicho historial en un estudio de una de las revisiones (Austin *et al.*, 2013).

Todos los estudios apuntan problemas de salud en los casos de suicidio estudiados, generalmente vinculadas a trastornos del estado de ánimo y abuso de alcohol y otras drogas (Cano Langreo *et al.*, 2014; Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021; Dutheil *et al.*, 2019).

Al igual que sucedió con la utilización de la historia social, un análisis más detallado hace referencia, en dos estudios de una de las tres revisiones (Gagné *et al.*, 2011; Kölves y De Leo, 2013), al uso de la *autopsia psicológica*. Por el contrario, no hay constancia de la utilización de procedimientos de *autopsia social* o *psicosocial* en ninguna revisión. Por último, las tres revisiones hacen referencia a estrategias preventivas de corte psicosocial en la prevención del suicidio.

4. DISCUSIÓN

La revisión de 39 estudios llevada a cabo por Joao Vitor da Silva Rodrigues (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021) y sus colaboradores/as identificó como parte de sus resultados, tres factores de riesgo para el abuso de sustancias y los resultados adversos (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021): la salud, el contexto laboral y *hogar estresante* referenciados en ocho de sus estudios (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; Hamza y Bryson, 2011; Lutsky *et al.*, 1994; McDonnell *et al.*, 2013; Paisano-Cuautle *et al.*, 1988; Ward *et al.*, 1983) sobreentendiéndose, también, la muerte como un resultado adverso al margen de la causa. Así pues, constata la presencia de dos factores sociales implicados: laboral y familiar. Sin embargo, al contrastar esa información con la tabla de características de los resultados evaluados de los 39 estudios, se observó que en dos (Hamza y Bryson, 2011; Lutsky *et al.*, 1994) de esos ocho estudios señalados no había referencia de carácter social. Esto, unido a la existencia de *problemas ambientales* en seis estudios (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Boullis *et al.*, 2015; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; McDonnell *et al.*, 2013; Palhares Alves *et al.*, 2012) de la revisión y tratarse de un término cuya naturaleza causal puede ser debida a cuatro factores, entre ellos *psicosocial* y *sociocultural* (Salleras Sanmartín, L., 1985) y, por tanto, vinculado a nuestro estudio, se decidió un análisis más pormenorizado de cada uno de los estudios referenciados intuyendo la existencia de información social *oculta* tras ese término. Si bien el análisis de los estudios con problemas ambientales no aportó, como tal, resultados de orden psicosocial y sociocultural, sí 5 de ellos comparten con problemática social (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; McDonnell *et al.*, 2013; Palhares Alves *et al.*, 2012). El resultado final ha sido el hallazgo de más problemas sociales o, si se prefiere, más matizados, a los inicialmente constatados en la tabla de características y como *entorno laboral* y *hogar estresante* (Da Silva Rodrigues, J. V. *et al.*, 2021) anteriormente referido.

Así pues, de los 39 estudios revisados por el equipo de Joao Vitor da Silva, 7 informan de suicidios consumados (Alexander *et al.*, 2000; Berry, C. B. *et al.*, 2000; Collins *et al.*, 2005; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015; Shang *et al.*, 2011; Skipper *et al.*, 2009) y de estos, 3 documentan problemas sociales (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015); problemas en el contexto familiar: *problemas maritales* (Berry, C. B. *et al.*, 2000), *problemas familiares* (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry *et al.*, 2015, p. 113) y *dificultades familiares* (Fry, 2005, p. 3); *problemas legales* (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005, p. 3; Fry *et al.*, 2015); problemas de orden económico-financiero (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015); problemas en el entorno laboral (Berry, C. B. *et al.*, 2000; Fry, 2005; Fry *et al.*, 2015); de habilidades sociales: *la poca o ninguna confianza en sus habilidades* (Berry, C. B. *et al.*, 2000); y *estigma* (Berry, C. B. *et al.*, 2000) hacia los/as profesionales con problemas por el mal uso de sustancias.

De los 32 estudios restantes, 7 registran también problemas sociales (Boulis *et al.*, 2015; Bozimowski *et al.*, 2014; Lutsky *et al.*, 1994; McDonnell *et al.*, 2013; Niel M *et al.*, 2008; Palhares Alves *et al.*, 2012; Ward *et al.*, 1983): problemas en el contexto laboral-profesional (Boulis *et al.*, 2015; Bozimowski *et al.*, 2014; McDonnell *et al.*, 2013; Niel, M. *et al.*, 2008; Palhares Alves *et al.*, 2012; Ward *et al.*, 1983); en el escenario familiar: *problemas maritales* (Lutsky *et al.*, 1994) y *conflictos matrimoniales* (Palhares Alves *et al.*, 2012); *interpersonales* (Lutsky *et al.*, 1994); legales: *asuntos médicos-legales* (McDonnell *et al.*, 2013), *cuestiones ético-jurídicas* (Palhares Alves *et al.*, 2012) y *libertad condicional* (Ward *et al.*, 1983); *sexuales* (Lutsky *et al.*, 1994); *estigma* (Niel, M. *et al.*, 2008); *habilidades de afrontamiento ineficaces* (Bozimowski *et al.*, 2014); además de *problemas de la vida* (McDonnell *et al.*, 2013).

Aunque no forma parte de nuestro estudio, la revisión del equipo de Da Silva informa de 4 estudios que refieren intento-ideación autolítica y 1 de ellos contiene información social (McDonnell *et al.*, 2013).

Resumiendo, la revisión llevada a cabo por el equipo liderado por Joao Vitor da Silva Rodrigues se centra en el riesgo de mortalidad por todas las causas, incluido los suicidios, en profesionales sanitarios/as, mediada por el consumo de sustancias. De ahí deriva que el grueso de la información aportada se centra ampliamente en la descripción y tipo de exposición a anestésicos y no anestésicos, así como en el posible abuso de drogas. El 82% de los 39 estudios que integran la revisión, no informan de muertes por suicidio. Por lo que respecta a la información de carácter social, solo 10 estudios (25,64%) del total de la revisión refieren problemas en esa área; y, como se ha comentado anteriormente, solo 3 de los estudios que informan de muerte por suicidio reportan problemática social. Es decir, menos de la cuarta parte (23,07%) de los 39 estudios revisados reportan, simultáneamente, muertes por suicidio y problemas sociales. Por tanto, los/as médicos/as que se suicidaron no tendrían por qué tener más problemas sociales.-

La revisión de 65 estudios llevada a cabo por Frédéric Dutheil y su equipo se centra en el alto riesgo de suicidio en las profesiones sanitarias fundamentado en que, «Sin embargo, los datos son contradictorios y no se hicieron comparaciones entre género, ocupación y especialidades, épocas» (Dutheil *et al.*, 2019, p. 1). Solo considera las publicaciones referidas a médicos/as (55 estudios), al valorar que del resto de sanitarios/as hay pocos estudios explotables. De ellos, 47 se centran en muerte por suicidio, 5 en intentos y 7 sobre ideación. Si ya solo hay 10 estudios de personal sanitario no médico, estos no ha sido posible analizarlos por falta de datos. Hubiera sido deseable haber podido contar con información acerca de «[...] farmacéuticos, cirujanos

dentales, parteras, cuidadores y mucamas de hospitales» (Dutheil *et al.*, 2019, p. 20), como era la intención inicial del equipo investigador liderado por Frédéric Dutheil. Aunque no se plantean, *a priori*, variables de estudio sobre información social, sin embargo, en la discusión refiere haber demostrado *desigualdad en la satisfacción laboral entre los médicos en muchos países*. (Dutheil *et al.*, 2019), así como *una pobre integración del estatus de las mujeres médicas dentro de la profesión* (Dutheil *et al.*, 2019) argumentada, posiblemente, *por la tensión adicional que se les impone debido a sus roles sociales* (Dutheil *et al.*, 2019). A su vez, aporta posibles *explicaciones sociales* al objetivo de la revisión: *el entorno laboral psicosocial* (Dutheil *et al.*, 2019), *enfrentar rutinariamente las malas noticias* (Dutheil *et al.*, 2019), *el perfeccionismo, la atención compulsiva a los detalles, el sentido del deber exagerado...* (Dutheil *et al.*, 2019), *una gran carga de trabajo, una carga organizativa con poca autonomía y conflictos con los compañeros* (Dutheil *et al.*, 2019), *experiencias estresantes y traumáticas* (Dutheil *et al.*, 2019), *soledad moral, trabajo que interfiere con la vida familiar, interrupciones constantes tanto en el hogar como en el trabajo, baja satisfacción laboral y mala salud mental* (Dutheil *et al.*, 2019). También, a pesar de señalar la escasa relevancia de información sobre personal no médico, la discusión desliza un breve *dato social* sobre las enfermeras: *conflictos del equipo, gran carga de trabajo, falta de autonomía y conflictos trabajo-familia* (Dutheil *et al.*, 2019).

En definitiva, la revisión del equipo de Frédéric Dutheil demuestra, de una parte, la insatisfacción laboral del colectivo médico y el riesgo de estigma en las médicas, como factores de riesgo de suicidio desde tres estudios; y, de otra, aporta múltiples posibles *explicaciones sociales* de por qué los hombres y mujeres profesionales de la Medicina llegarían a suicidarse, hacer tentativas o tener ideas suicidas.

La revisión de 20 estudios llevada a cabo por Miriam Cano Langreo y su equipo reporta 12 que hacen referencia a suicidio consumado; y de estos, inicialmente, solo 3 informan compromiso en el área social: *problemas laborales* (Gold *et al.*, 2013; Kölves y De Leo, 2013) y *muerte de un familiar o amigo* (Gold *et al.*, 2013). Sin embargo, al igual que sucedió con el análisis del estudio de Joao Vitor da Silva y su equipo, se decidió un análisis más pormenorizado de 9 de los 12 estudios que refieren suicidio (Agerbo *et al.*, 2007; Austin *et al.*, 2013; Gagné *et al.*, 2011; Gold *et al.*, 2013; Hem *et al.*, 2005; Kölves y De Leo, 2013; Petersen y Burnett, 2008; Schernhammer y Colditz, 2004; Shang *et al.*, 2011), obviándose el resto por centrarse en métodos suicidas y tasas ocupacionales, de edad y sexo en diferentes grupos poblacionales. Una vez más, el resultado ha sido el hallazgo de más problemática social a la inicialmente mostrada: *estrés laboral y familiar* (Austin *et al.*, 2013), *estigma* o riesgo de (Gagné *et al.*, 2011; Gold *et al.*, 2013; Hem *et al.*, 2005), *problemas financieros* (Gagné *et al.*, 2011), *problemas legales* (Gagné *et al.*, 2011), problemas de relación con los demás (Gagné *et al.*, 2011; Kölves y De Leo, 2013) resp. y *problemas de pareja* (Kölves y De Leo, 2013). Resulta, por tanto, que son 5 los estudios de suicidios consumados que informan de problemas sociales.

A su vez, es en dos artículos australianos de esta revisión del equipo de Miriam Cano donde se demuestra, claramente, la influencia de los problemas sociales en los suicidios médicos: «La depresión grave y el estrés laboral y familiar también fueron asociados a estas muertes [suicidios]» (Austin *et al.*, 2013, p. S92); «Los problemas ocupacionales han sido señalados como desencadenantes importantes del suicidio en médicos» (Kölves y De Leo, 2013, p. 989). A su vez, uno de ellos (Austin *et al.*, 2013) consideró *los historiales clínicos, sociales y familiares* (Austin *et al.*, 2013) como fuente de información; y el otro (Kölves y De Leo, 2013) —junto con una publicación canadiense (Gagné *et al.*, 2011)— refieren la autopsia psicológica como método útil para conocer los

factores de riesgo y de protección (Kölvés y De Leo, 2013) así como los factores determinantes que potencialmente contribuyen al suicidio (Gagné *et al.*, 2011), a pesar de sus controversias metodológicas y la sola existencia de dos estudios de su uso en suicidios médicos, «[...] ambos con muestras pequeñas y sin ningún grupo de comparación (Hawton *et al.*, 2004; Lindeman *et al.*, 1998)» (Kölvés y De Leo, 2013, p. 989). A este respecto, García Ormaza, muestra su inquietud por la *realidad sociológica del suicidio* (Muñoz, A., 2019) ya que «[...] hay muchas personas que no padecían un trastorno mental y lo que viven es una realidad difícil, plagada de problemas —sentimentales, económicos, legales, sociales— [...]» (Muñoz, A., 2019, p. 2). En esta línea, la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida si bien admite que, «[...] la autopsia psicológica se considera el mejor método de estudio del suicidio consumado [...]» (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 46) apunta sesgos en relación a los trastornos mentales que se constatan en ellas, entre otros motivos, por «[...] la tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan [...]» (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012, p. 46). Cristina Blanco, doctora en Ciencias Políticas y Sociología, considera que, «[...] falta investigación social (a pesar de las causas o desencadenantes sociales de muchos suicidios y de la estigmatización de los afectados) [...]» (Blanco, 2020, p. 98).

La revisión de Miriam Cano informa, además, de *la poca formación en conocimientos y habilidades psicosociales* (Cano Langreo *et al.*, 2014) de los/as profesionales sanitarios/as, considerando ser factores importantes en el cuidado de su salud mental para afrontar los retos de la práctica diaria. «Existe un consenso emergente de que algunos aspectos de la formación médica, las condiciones de trabajo y el apoyo son inaceptables» (Harvey, S. B. *et al.*, 2021, p. 927), es una de las conclusiones de un estudio de revisión. En este sentido, los/as trabajadores/as sociales, como expertos/as en habilidades psicosociales, pueden jugar un importante papel como promotores/as, formadores/as y supervisores/as en la materia mediante cursos, seminarios, sesiones clínicas, sesiones grupales y asesoramiento personal dirigidos a todo el personal sanitario.

Los 8 estudios restantes del equipo liderado por Cano Langreo se centraron, predominantemente, en la ideación suicida; 5 de estos informaron de factores sociales en el medio laboral: *Elevado estrés psicosocial en el trabajo* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *experiencias humillantes o acoso laboral* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *conflicto de rol y falta de apoyo laboral* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *experiencia humillante/acoso en el trabajo* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *conflictos laborales* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *acoso laboral* (Cano Langreo *et al.*, 2014), *autogestión de la carga laboral* (protector) (Cano Langreo *et al.*, 2014); además de *problemas familiares* (Cano Langreo *et al.*, 2014); *bajo apoyo social* (Cano Langreo *et al.*, 2014), y *burnout* (Cano Langreo *et al.*, 2014).

5. CONCLUSIONES

Se trata de tres publicaciones de revisiones relativamente recientes y cercanas en el tiempo entre ellas. Entre la más reciente (2021) y la primera (2014) no median entre ambas ni una década. Quizá sea pronto para sacar conclusiones, pero podría apuntar a una preocupación creciente por la conducta suicida en sus diversas manifestaciones dentro de los diferentes colectivos sanitarios destacando la problemática laboral asociada. Resulta preocupante que, solamente, tres revisiones hagan referencia a factores sociales y a la conducta suicida en personal sanitario. Desde esta realidad, los/as trabajadores/as sociales sanitarios/as son los profesionales idóneos para proponer estudios de investigación en esta materia a los Servicios de Salud Laboral, Medicina

Preventiva y Unidades de Investigación de su entorno laboral, así como para tomar parte activa en su diseño, coordinación, desarrollo y evaluación. La detección de situaciones de riesgo sería una prioridad a estudiar.

El conjunto de las revisiones abarca un amplio y plural espectro de profesiones sanitarias, aunque con mayor profusión en especialidades médicas, que incluyen residentes/pasantes. Parece oportuno, aunque se trate de otro contexto geográfico, referir un estudio llevado a cabo en Australia y Nueva Zelanda entre 2003 y 2014, que informa del suicidio de 19 anestelistas en ese período. «Nueve eran hombres y diez mujeres. Significativamente, de las diez mujeres que se suicidaron, ocho (80%) eran aprendices y ocho (89%) de los hombres eran consultores» (Fry *et al.*, 2015, p. 114).

La dimensión de género parece muy preocupante. En dos de las tres revisiones (Dutheil *et al.*, 2019; Cano Langreo *et al.*, 2014) y en el análisis pormenorizado de alguno de los artículos (Austin *et al.*, 2013) se han encontrado varias referencias a la mayor exposición de las médicas al suicidio. Lo que se ha ratificado recientemente en otro estudio de revisión que proporciona evidencia adicional de la tendencia particular de las médicas a quitarse la vida (Harvey, S. B. *et al.*, 2021), a diferencia de lo que ocurre en población general. En esta línea, el estudio sobre las *Tasas de suicidio entre profesionales de la salud en Noruega 1980-2021* (Seljenes *et al.*, 2024) detalla que: «Un hallazgo novedoso de nuestro estudio es la elevada tasa de suicidio entre las psicólogas» (Seljenes *et al.*, 2024, p. 403); y que, «[...] las enfermeras de ambos sexos tuvieron tasas de suicidio más altas en comparación con otros graduados» (Seljenes *et al.*, 2024, p. 403). La referencia a las enfermeras está en consonancia con otro estudio longitudinal publicado en 2022 y que se llevó a cabo en Suecia por el equipo de Santander, N. M., así como con la revisión de Groves y sus colaboradores/as publicada en 2023 (Seljenes *et al.*, 2024).

La referencia a factores sociales es mucho más destacada en aspectos negativos (problemas, insatisfacciones, dificultades, situaciones estresantes, conflictos, etc.). Solo las aportaciones concretas sobre *estrategias preventivas de corte psicosocial* dan un valor positivo, incluso esperanzador, al conjunto de los tres estudios.

La diversidad de problemática social y las conductas suicidas están presentes en las tres revisiones sin que por ello se demuestre, en prácticamente su totalidad, una asociación evidente entre ambos; además, refieren posible riesgo de suicidio ante la existencia de circunstancias sociales negativas. De ahí que sea necesario disponer de información social objetiva de las personas que mueren por suicidio y, también, de las implicadas en otras conductas autolíticas.

Los problemas en las áreas familiar, laboral, estigma, habilidades sociales y acontecimientos vitales estresantes se encuentran en todas las revisiones analizadas. La profusión de problemas en el ámbito laboral despunta, con muy marcada diferencia, respecto del resto de áreas de problemática social; máxime, si cabe, al quedar apuntalados con referencias a *burnout*. Por el contrario, no hay ninguna información acerca del hábitat-vivienda, estilo de vida y proyecto vital de los/as sanitarios/as.

Es evidente, por tanto, la presencia de factores sociales negativos que podrían estar muy estrechamente vinculados con la decisión suicida. Sin embargo, aunque son muy escasas, existen publicaciones que exponen con determinación la implicación directa de problemas sociales en la muerte por suicidio.

A su vez, la autopsia psicológica se revela, de una parte, como útil —aún con las limitaciones consideradas— para conocer factores de riesgo, de protección y determinantes; y, de otra, se observa una especie de *queja-reproche* en su utilización por no aportar información acerca de los posibles aspectos sociales de la persona muerta por suicidio en el momento y hasta meses antes. Ejemplos son, como se ha señalado en la introducción, la revisión de 76 informes de autopsia psicológica, llevada a cabo por Cavanagh y su equipo (Cavanagh *et al.*, 2003) y el estudio con autopsias psicológicas llevado a cabo en nuestro medio entre 2013 y 2015 por el equipo de Naudó-Molist (Naudó-Molist *et al.*, 2017), de las personas que se quitan la vida.

La autopsia social ha sido un método utilizado, especialmente, en países de ingresos bajos y medianos (PIBM) que trabajan con diversidad de herramientas y marcos analíticos con el fin de identificar el impacto de factores sociales, culturales y de comportamiento como contribuyentes en la mortalidad materna, neonatal e infantil. Esta es la conclusión de una revisión sistemática de la literatura sobre el tema llevada a cabo en 11 países entre 2005 y 2016 con el objetivo de «[...] identificar los instrumentos de autopsia social más comunes, describir los hallazgos generales en las poblaciones y la geografía, e identificar las brechas en la literatura existente sobre autopsias sociales» (Moyer *et al.*, 2017, p. 1). Pero también hay evidencias de autopsia social en otros eventos fatales y contextos: feminicidios (Gómez Aguilar, M. C., 2021), homicidios (Sánchez Arenas, J., 2016) y catástrofes (la ola de calor en Chicago en julio de 1995) (Klinenberg, E., 2002), por ejemplo.

Como conclusión, se precisa más evidencia acerca de los problemas sociales presentes y recientes en las personas que se suicidan, en este caso concreto, en los/as profesionales sanitarios/as. El conocimiento científico de los diversos factores sociales implicados (familiares, laborales, económicos, legales, acontecimientos vitales estresantes, estigmas, profesionales, educativos, sexuales, hábitat-vivienda, proyecto de vida, competencias personales, etc.) en una persona suicida es posible mediante la aplicación de una autopsia social. Destacan la importancia de los factores estresantes laborales en todos los estudios revisados y esta debería ser una línea de investigación en el futuro dada la relevancia del tema. Los/las trabajadores/as sociales jugarían un papel fundamental en este tipo de estudios desde su diseño hasta su evaluación.

No obstante, vista la necesidad apuntada desde los informes de autopsia psicológica de estudiar con profusión las variables sociales vinculadas al suicidio, la autopsia social y la psicológica pueden complementarse y, quizá, pueda ser más factible hablar de autopsia psicosocial, siempre en un trabajo de equipo multidisciplinar con la participación necesaria en él de profesionales del Trabajo Social, como expertos/as de *lo social*. A su vez, la autopsia social que incluye específicamente situaciones y factores en el ámbito laboral, no puede entenderse de otra manera sino como parte de un estudio clínico o forense integral.

Desde esta perspectiva, sería interesante que se llevaran a cabo en el contexto sanitario, estudios que permitieran un mayor conocimiento de la problemática social que afecta a los/as diferentes profesionales sanitarios/as.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agerbo, E., Gunnell, D., Bonde, J. P., Bo Mortensen, P., y Nordentoft, M. (2007). Suicide and occupation: The impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychological Medicine*, 37(8), 1131-1140. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000487>
- Alexander, B. H., Checkoway, H., Nagahama, S. I., y Domino, K. B. (2000). Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology*, 93(4), 922-930. <https://doi.org/10.1097/00000542-200010000-00008>
- Arricivita-Amo, Á. L., Lorente-Aznar, T., Rodríguez-Torrente, M., Mejía-Escolano, D., Bernabé-Carlos, M., Charte-Alegre, E. M. et al. (2016). Los componentes psicosociales de las urgencias sanitarias. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2, 38-45.
- Arricivita-Amo, Á. L., y Pérez-Sales, P. (2005). La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 3, 44-46.
- Arricivita-Amo, Á. L., Saz, P., y Lobo, A. (1993). Malestar psíquico y problemática social en pacientes de Atención Primaria. Detección e interacciones. *Trabajo Social y Salud*, 15, 157-179.
- Austin, A. E., Van den Heuvel, C., y Byard, R. W. (2013). Physician Suicide. *Journal of Forensic Sciences*, 58 (suppl. 1), 29-31. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2012.02260.x>
- Berry, C. B., Crome, I. B., Plant, M., y Plant, M. (2000). Substance misuse amongst anaesthetists. *Anaesthesia*, 55(10), 946-952. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2000.01765.x>
- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.
- Bozimowski, G., Groh, C., Rouen, P., y Dosch, M. (2014). The prevalence and patterns of substance abuse among nurse anesthesia students. *AANA Journal*, 82(4), 277-283.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., y Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Collins, G. B., McAllister, M. S., Jensen, M., y Gooden, T. A. (2005). Chemical dependency treatment outcomes of residents in anesthesiology: Results of a survey. *Anesthesia and Analgesia*, 101(5), 1457-1462. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000180837.78169.04>
- Da Silva Rodrigues, J. V., Guimaraes Pereira, J. E., Almeida Passarelli, L., MGB Guatura, G., y El Dib R. (2021). Risk of mortality and suicide associated with substance use disorder among healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *European Journal of Anaesthesiology*, 38(7), 715-734. <https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000001447>
- Dalum, H. S., Hem, E., Ekeberg, Ø., Reneflot, A., Stene-Larsen, K., y Hauge, L. J. (2024). Suicide rates among health-care professionals in Norway 1980-2021. *Journal of Affective Disorders*, 355 (march 2024), 399-405. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.128>

- Davidson, J. E., Proudfoot, J., Lee, K., Terterian, G., y Zisook, S. (2020). A Longitudinal Analysis of Nurse Suicide in the United States (2005-2016) With Recommendations for Action. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 6-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12419>
- Dutheil, F., Aubert, C., Pereira, B., Dambrun, M., Moustafa, F., Mermillod, M., Baker, J. S., Trousselard, M., Lesage, F. X., y Navel, V. (2019). Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(12), 1-28. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
- Fry, R. A. (2005). Substance abuse by anaesthetists in Australia and New Zealand. *Anaesthesia and Intensive Care*, 33(2), 248-255. <https://doi.org/10.1177/0310057x0503300216>
- Fry, R. A., Fry, L. E., y Castanelli, D. J. (2015). A retrospective survey of substance abuse in anaesthetists in Australia and New Zealand from 2004 to 2013. *Anaesthesia and Intensive Care*, 43(1), 111-117. <https://doi.org/10.1177/0310057x1504300117>
- Gagné, P., Moamai, J., y Bourget, D. (2011). Psychopathology and suicide among quebec physicians: A nested case control study. *Depression Research and Treatment*, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2011/936327>
- Gold, K. J., Sen, A., & Shewnk, T. L. (2013). Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 45-49. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005>
- Gómez Aguilar, M. C. (2021). *Peritaje de Autopsia Social*. Academia Forense.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Hamza, H., y Bryson, E. O. (2011). Exposure of anesthesia providers in recovery from substance abuse to potential triggering agents. *Journal of Clinical Anesthesia*, 23(7), 552-557. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2011.03.002>
- Harvey, S. B., Epstein, R. M., Glozier, N., Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., Dean, K., y Henderson, M. (2021). Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, 398(10303), 920-930. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8)
- Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O. G., Tyssen, R., Vaglum, P., y Ekeberg, Ø. (2005). Suicide rates according to education with a particular focus on physicians in Norway 1960-2000. *Psychological Medicine*, 35(6), 873-880. <https://doi.org/10.1017/S0033291704003344>
- Instituto Nacional de Estadística (2022). INE. Notas de Prensa. Defunciones según la causa de muerte. In *Instituto Nacional de Estadística*. Instituto Nacional de Estadística.

- Kölves, K., y De Leo, D. (2013). Suicide in medical doctors and nurses: An analysis of the Queensland suicide register. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(11), 987-990. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000047>
- Lutsky, I., Hopwood, M., Abram, S. E., Cerletty, J. M., Hoffman, R. G., y Kampine, J. P. (1994). Use of psychoactive substances in three medical specialties: anaesthesia, medicine and surgery. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 41(7), 561-567. <https://doi.org/10.1007/BF03009992>
- Mateos A, y García M. (2021). *Consulta específica y formación desde el Grado contra los suicidios MIR*. Redacción Médica.Com. Consulta específica y formación desde el Grado contra los suicidios MIR.
- McDonnell, N. J., Kaye, R. M., Hood, S., Shrivastava, P., y Khursandi, D. C. S. (2013). Mental health and welfare in Australian anaesthetists. *Anaesthesia and Intensive Care*, 41(5), 641-647. <https://doi.org/10.1177/0310057x1304100510>
- Mingote Adán, J. C., Crespo Hervás, D., Hernández Álvarez, M., Navío, M., y Rodrigo García-Pando, C. (2013). Prevención del Suicidio en Médicos. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 59(231), 176-204. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&iid=16/07/2013-692b950334>
- Moyer, C. A., Johnson, C., Kaselitz, E., y Aborigo, R. (2017). Using social autopsy to understand maternal, newborn, and child mortality in low-resource settings: a systematic review of the literature. *Global Health Action*, 10(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1413917>
- Muñoz A. (2019). Jon García Ormaza: «El suicidio se puede prevenir si conozco cuáles son los factores de riesgo». *La Diaria*, 1-6. http://lmentala.net/admin/archivosboletin/Jon_Garcia_Ormaza_El_suicidio_se_puede_prevenir_si_conozco_cuales_son_los_factores_de_riesgo_la_diaria.pdf
- Naudó-Molist, J., Arrufat Nebot, F. X., Sala Matavera, I., Milà Villaroel, R., Briones-Buixassa, L., y Jiménez Nuño, J. (2017). Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método autopsia psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España). *Revista Espanola de Medicina Legal*, 43(4), 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2017.05.004>
- Niel, M., Juliao, A. M., Martin, D., y Da Silveira Filho, D. X. (2008). Drug use among anesthesiologists in the context of working relations. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 21, 194-200.
- Organización Médica Colegial (2019). Mortalidad en la Profesión Médica. Período 2005-2014. En *Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. <https://www.cgcom.es/informes/estudio-de-mortalidad-en-la-profesion-medica-2005-2014>

- Paisano-Cuautle, R., Zúñiga-Oceguera, V., y Pérez-Tamayo, L. (1988). Farmacodependencia entre anestesiólogos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 11(1), 59-45.
- Palhares Alves, H. N., Vieira, D. L., Laranjeira, R. R., Vieira, J. E., y Nogueira Martins, L. A. (2012). Clinical and Demographic Profile of Anesthesiologists Using Alcohol and Other Drugs under Treatment in a Pioneering Program in Brazil. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 62(3), 356-364. [https://doi.org/10.1016/S0034-7094\(12\)70136-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7094(12)70136-8)
- Parrotta, A. C. (2021). *Claudio Robles: Perspectivas actuales sobre Trabajo Social Forense en Argentina - Psicosocial & Emergencias*. Psicosocial y Emergencias. <https://www.psicosocialyemergencias.com/claudio-robles-perspectivas-actuales-sobre-trabajo-social-forense-en-argentina/>
- Petersen, M. R., y Burnett, C. A. (2008). The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occupational Medicine*, 58(1), 25-29. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm117>
- Pilossoph-Gelb, S., Mower, W. R., Ajaelo, I., y Yang, S. C. (1997). Psychosocial difficulties and emergency department use. *Academic Emergency Medicine*, 4(6), 589-592. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1997.tb03583.x>
- RAE (2023). *Autopsia*. Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. <https://dpej.rae.es/lema/autopsia>
- Redacción Médica (2021). *Conmoción por el suicidio de un MIR: «nadie fue capaz de ver su tristeza»*. Redacción Médica.Com. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/conmocion-por-el-suicidio-de-un-mir-nadie-fue-capaz-de-ver-su-tristeza--2888>
- Ruiz Rodríguez, P. (2013). La autopsia social y estudios sociales post-mortem. En *El trabajador social forense en los tribunales españoles* (pp. 169-172). Colegio Oficial de Diplomados y Diplomadas en Trabajo Social y AA.SS. de Málaga.
- Salleras Sanmartín, L. (1985). La salud y sus determinantes. In *Educación Sanitaria. Principios, Métodos y Aplicaciones* (pp. 11-28). Díaz de Santos.
- Sánchez Arenas, J. (2016). Autopsia Social como Técnica Pericial Forense Post Mortem. In *El trabajo social en el ámbito judicial* (pp. 155-174). Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid. https://www.comtrabajosocial.com/wp-content/uploads/2022/05/TS_ambito_judicial.pdf
- Schernhammer, E. S., y Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2295>
- Shang, T. F., Chen, P. C., y Wang, J. D. (2011). Mortality of doctors in Taiwan. *Occupational Medicine*, 61(1), 29-32. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqj159>

- Skipper, G. E., Campbell, M. D., y DuPont, R. L. (2009). Anesthesiologists with substance use disorders: A 5-year outcome study from 16 state physician health programs. *Anesthesia and Analgesia*, 109(3), 891-896. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3181adc39d>
- Ward, C. F., Ward, G. C., y Saidman, L. J. (1983). Drug Abuse in Anesthesia Training Programs: A Survey: 1970 Through 1980. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 250(7), 922-925. <https://doi.org/10.1001/jama.1983.03340070028021>
- WHO, y OPS (2021). Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. En *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. Pan American Health Organization; Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>
- World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide. En *Who*. World Health Organization.
- World Health Organization (2014). *Prevención del suicidio: Un imperativo global*. World Health Organization. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization (2021). *Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates* WHO (ed.).