

SPECIAL ARTICLE

Las enfermedades mentales y el suicidio. Una perspectiva médico legal desde Salud Laboral

Mental illnesses and suicide. A legal medical perspective from Occupational Health

M^a Teófila Vicente Herrero¹ , Miguel Ruiz-Flores Bistuer² , Alfonso Torres Vicente³ 

1. Especialista en Medicina del Trabajo. Grupo ADEMA-SALUD del Instituto Universitario de Ciencias de la Salud-IUNICS Illes Balears (España)

2. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental. Ibsalut. Ibiza (Illes Balears) (España)

3. Abogado y politólogo. Ilustre Colegio Oficial de Abogados de Valencia (España)

Corresponding author

M^a Teófila Vicente-Herrero

E-mail: vicenteherreromt@gmail.com

Received: 22 - VII - 2023

Accepted: 18 - VIII - 2023

doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.145

Resumen

El trastorno mental y el suicidio constituyen una problemática creciente en salud pública y en salud laboral, donde los factores de riesgo psicosocial cobran un especial importancia.

Con frecuencia ambos conceptos se unen y el suicidio es la consecuencia final que tiene como causa una afección mental y que conduce a la muerte.

Las cifras de mortalidad por suicidio en España muestran tasas elevadas en los años de actividad laboral y más altas en hombres. Las referidas a enfermedades mentales y salud mental percibida mejoran según lo hace la clase social y es mejor valorada en las mujeres.

En salud laboral, el concepto de contingencia resulta especialmente complejo cuando se relaciona con las enfermedades mentales y, mucho más en casos de suicidio cuando se correlacionan con lugar y tiempo de trabajo. Para ello se tendrán en consideración para ello el criterio de exposición y el criterio de temporalidad, además de establecer el diagnóstico diferencial necesario.

Dada la complejidad médico legal que rodea a este tema cobra especial importancia la prueba pericial en la que, es más necesaria que nunca la colaboración entre las distintas especialidades implicadas: medicina del trabajo, psicoterapeutas, psiquiatras y cualquier otra especialidad sanitaria que haya tenido participación en el control asistencial o no de la persona afectada.

Palabras clave: Enfermedad Mental, Suicidio, Salud Laboral.

Abstract

Mental disorder and suicide are a growing problem in public health and occupational health, where psychosocial risk factors are especially important.

Often both concepts come together and suicide is the final consequence that it is caused by a mental condition and leads to death. Suicide mortality figures in Spain show high rates in the years of working activity and higher in men. Those referring to mental illness and perceived mental health improve as social class does and is better valued in women.

In occupational health, the concept of contingency is especially complex when it is related to mental illnesses and, much more in cases of suicide when they are correlated with place and time of work. For this, the exposure criterion and the temporality criterion will be taken into account, in addition to establishing the necessary differential diagnosis.

Given the medico-legal complexity surrounding this issue, expert evidence is especially important, in which collaboration between the different specialties involved is more necessary than ever: occupational medicine, psychotherapists, psychiatrists and any other health specialty that has participated in the care control or not of the affected person.

Key words: Mental Illness, Suicide, Occupational Health.

Cite as: Vicente-Herrero MT, Ruiz-Flores M, Torres-Vicente A. Las enfermedades mentales y el suicidio. Una perspectiva médico legal desde Salud Laboral. *Academic Journal of Health Sciences* 2023; 38 (6):145-52 doi: 10.3306/AJHS.2023.38.06.145

Introducción

Los trastornos mentales se caracterizan por la presencia de alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general se asocian a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. La denominación problemas de salud mental es un término más amplio que abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y estados mentales con angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. De forma general se engloban en la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)^{1,2}.

Por su parte, el suicidio se define como la acción o conducta que perjudica, o puede perjudicar gravemente a quien la realiza³. Es un problema de salud pública importante, pero a menudo descuidado, rodeado de estigmas, mitos y tabúes. Cada caso de suicidio es una tragedia que afecta gravemente no sólo a los individuos, sino también a las familias y las comunidades⁴.

Con frecuencia ambos conceptos se unen y el suicidio es la consecuencia final que tiene como causa una afección mental que conduce a la muerte. Se asume que al menos el 90% de los suicidios se deben a trastorno mental⁵. Sin embargo, se han de considerar sesgos de selección y de confirmación, ya que solo se encuentra y confirma lo que se busca y, habitualmente, se busca confirmar la existencia de tres cosas: antecedentes de trastorno mental, intentos previos autolesivos y consumo de sustancias. Esto llevaría a sobrestimar la proporción de trastornos mentales en los suicidios y no tener en consideración la relación causal entre psicopatología y suicidio.

En el suicidio se confunde factor de riesgo, con causalidad psiquiátrica, pero se trata de un fenómeno complejo donde se imbrican numerosos factores: culturales, sociales, existenciales, psicológicos, clínicos, y biológicos abriendo así el camino a pensar en el suicidio más allá del enfoque biomédico y del factor diagnóstico⁶.

Tanto las enfermedades mentales como el suicidio conllevan costes personales, sanitarios y económicos difíciles de cuantificar. Algunos trabajos han abordado este tema en nuestro país y realizado una comparativa de la situación con países de nuestro entorno, reafirmando que los costes son acordes con los de otros países europeos y del mundo o ligeramente superiores. Los trastornos mentales comunes como ansiedad, depresión y somatizaciones suponen unos costes anuales equivalentes al 2.2% del PIB y la mitad de los costes de todos los trastornos mentales⁷.

Sin embargo, no existe una metodología común para analizar este complejo tema lo que, junto con la diversidad de resultados, lleva a que sea infraestimado, al igual que

los costes asociados a los efectos de los psicofármacos como: accidentes de tráfico, domésticos o caídas con fracturas secundarias. Se hace necesario, por tanto, la definición de unos criterios unificados de evaluación del impacto de las enfermedades mentales para aproximar la literatura científica a la realidad en este ámbito.

Para la evaluación de la carga que supone la enfermedad mental, la OMS ha desarrollado una metodología que incluye: causas de muerte, años de vida ajustados por discapacidad, años de vida perdidos y años perdidos debido a discapacidad, reduciendo así la heterogeneidad y facilitando el análisis evolutivo de su impacto a lo largo del tiempo⁸. Sin embargo, el trasfondo económico no es lo prioritario, sino la calidad de vida de estas personas y el deficitario abordaje que se les presta desde los sistemas sanitarios.

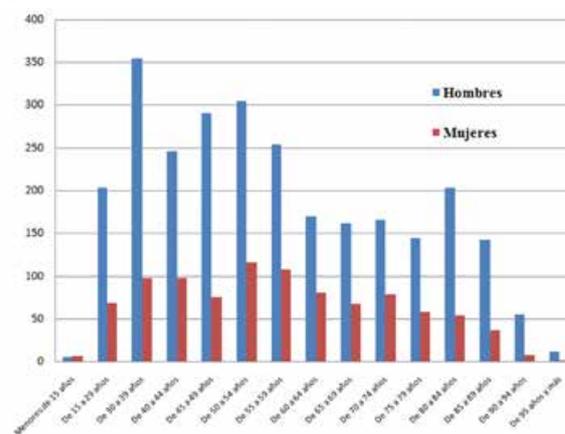
El Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁹ reconoce el papel esencial de la salud mental para todas las personas, en base a cuatro objetivos principales:

1. Reforzar un liderazgo y una gestión eficaces en el ámbito de la salud mental.
2. Proporcionar servicios de asistenciales en salud mental integral, integrada y adaptable en entornos comunitarios.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.

La salud mental y el suicidio en cifras en España

Las cifras de mortalidad por suicidio en España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)^{10,11} muestran tasas elevadas en los años de actividad laboral (entre los 18-67 años) y siempre con valores más altos entre los hombres (**Figura 1**).

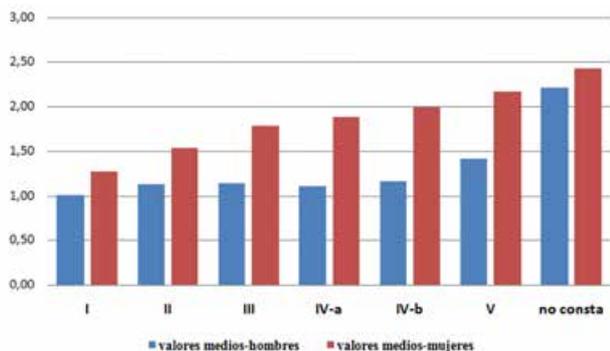
Figura 1: Mortalidad por suicidios según edad y sexo.



Ref.: INE 2022

Las cifras del INE referidas a enfermedades mentales y salud mental percibida por la población adulta (≥ 16 años) y ajustada a la clase social, se observa que, la salud percibida va aumentando según lo hace la clase social y que es siempre mejor valorada por las mujeres que por los hombres. Se toman para ello como referencia puntuaciones que oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental (**Figura 2**).

Figura 2: Estado de Salud mental percibido (valores medios). Diferencias por sexos.



I: Directivos Administraciones públicas y de empresas de 10 o más asalariados y profesiones asociadas a titulaciones superiores.
II: Directivos de empresas de menos de 10 asalariados y profesiones asociadas a titulaciones medias. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.
III: Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
IVa: Trabajadores manuales cualificados.
IVb: Trabajadores manuales semicualificados.
V: Trabajadores no cualificados.
No consta

Ref.: INE 2022

La salud mental en salud laboral

Los trastornos mentales en el lugar de trabajo son un importante problema de salud pública. El conocimiento del impacto del entorno psicosocial del trabajo en los trastornos mentales y del comportamiento puede ayudar a los médicos del trabajo a organizar y priorizar las actuaciones preventivas en situaciones de riesgo laboral. Dado que no se dispone de una clasificación para los factores de exposición ocupacional que se relacionan de forma directa con las enfermedades mentales, la Agencia Francesa para la Seguridad, Salud Alimentaria, Ambiental y Ocupacional (ANSES) inició y supervisó un grupo de trabajo multidisciplinar para identificarlos y codificarlos utilizando el tesoro FOREC (Factores Contributivos Organizacionales, Relacionales, Éticos y otros) vinculándolos con la aparición de trastornos mentales y de conducta.

Se trata de proporcionar una terminología estandarizada y compartida en todo el mundo, que ayude a comprender el impacto del entorno psicosocial del trabajo en la aparición de trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el ámbito laboral e identificar situaciones de riesgo ocupacional para definir acciones prioritarias implementadas en el lugar de trabajo para el abordaje de los problemas de salud mental¹².

Los estudios comparativos realizados a nivel internacional destacan la disparidad de criterios en cada país en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST) y la necesidad de garantizar que la gestión de riesgos psicosociales y la promoción de la salud mental ocupen un lugar prioritario y con actuaciones efectivas en prevención de riesgos laborales (PRL). El desarrollo y mejora de la SST y la inclusión de objetivos claros relacionados con la gestión de riesgos psicosociales y promoción de salud mental y bienestar en el trabajo son esenciales para la gestión de las necesidades de la población activa en este cambiante mundo del trabajo.

Si bien las infraestructuras de SST están relativamente desarrolladas en todos los países, la implementación de estrategias sigue siendo insuficiente y, la falta de una base legal, en muchos países crea divergencias en la práctica. Sería beneficioso contar con un plan de acción más coordinado para aclarar los requisitos de los Servicios de Salud Ocupacional (SSO) basándose en los esfuerzos de buenas prácticas.

Se destaca la brecha de cobertura en relación con la prevención de los trastornos mentales en lugar del tratamiento y la rehabilitación, así como la necesidad de contar con servicios multidisciplinarios para implementar medidas de gestión de los riesgos psicosociales y promover la salud mental y el bienestar en el trabajo. Esto se ve dificultado en gran medida por la falta de infraestructura y escasez de recursos humanos multiprofesionales, lo que crea una brecha de capacidad que bloquea su eficacia. Es por ello que se necesita proporcionar un mayor desarrollo de competencias de SSO en gestión de riesgos psicosociales y la promoción de salud mental, cuyo papel podría ser crucial para involucrar a las organizaciones, y especialmente a las pequeñas y medianas empresas (PYME). En general, se requieren mejores esfuerzos coordinados entre las partes interesadas para lograr los resultados deseados. La provisión de capacitación de fácil acceso para todas las partes interesadas es importante para lograr estos objetivos¹³.

El SSO, en la mayoría de los países industrializados trabaja para promover la salud de las personas y, en el campo preventivo para minimizar el impacto de los aspectos laborales sobre la salud de los trabajadores, además de facilitar el retorno al trabajo con procedimientos de rehabilitación y adaptaciones laborales cuando se requiere. En el caso de los procesos mentales en el entorno laboral, el conocimiento previo sobre la situación específica, de forma que la puesta en marcha de actuaciones concretas e intervenciones se pueda dirigir tanto a nivel individual, como grupal y organizacional. Existe evidencia de que las intervenciones realizadas con terapia de resolución de problemas o terapia cognitiva conductual relacionada con el trabajo pueden mejorar la capacidad laboral y facilitar el retorno al trabajo, pero la evidencia de estas intervenciones con respecto a la reducción de los síntomas es incierta¹⁴.

Sin duda, en este campo tan complejo cobra especial trascendencia la colaboración interdisciplinaria para una mejor prevención y atención de los empleados con trastornos mentales. Sin embargo, en la práctica hay muy poca colaboración y se necesita establecer estructuras colaborativas de calidad garantizada y marcos aplicables a nivel organizativo y legal. En Alemania se puso en marcha un proyecto de colaboración entre médicos de salud ocupacional, médicos de atención primaria y psicoterapeutas objetivando la eficacia de esta colaboración. De un lado permite a los profesionales ajenos al ámbito sanitario obtener el conocimiento suficiente sobre los posibles factores de riesgo relacionados con el trabajo y los recursos disponibles para los empleados con trastornos mentales y brindar una atención adecuada utilizando pautas basadas en la evidencia. Pero, de otro lado, para proporcionar una atención óptima y los ajustes necesarios en el entorno de trabajo, los médicos de salud ocupacional dependen de los médicos asistenciales y psicoterapeutas del paciente para una intervención e información tempranas¹⁵.

Otra experiencia de interés fue la realizada en Holanda para mejorar el cumplimiento de las recomendaciones de las guías sobre problemas de salud mental. Para ello, se desarrolló una estrategia de implementación para los médicos ocupacionales cuyos objetivos fueron: evaluar el cumplimiento de una guía de salud mental en el cuidado de la salud ocupacional y evaluar el efecto de una estrategia de implementación personalizada sobre el cumplimiento de la guía en comparación con la difusión tradicional de la misma. Los resultados respaldan la idea de que una estrategia de implementación personalizada en pequeñas sesiones interactivas durante un intervalo prolongado de tiempo es eficaz, pero tiene un impacto

limitado si las barreras externas continúan obstaculizando el cumplimiento de las pautas. La capacitación de los profesionales sobre contenidos de la guía centrada en las barreras percibidas mejoró la adherencia de los profesionales de salud ocupacional hacia los problemas de salud mental. Esta estrategia de implementación también podría ser un método efectivo para implementar otras guías, en otros profesionales de la salud y/o en otros países, con intervenciones dirigidas a diferentes niveles¹⁶.

La salud mental como contingencia profesional

El concepto de contingencia laboral resulta especialmente complejo cuando se relaciona con las enfermedades mentales y mucho más, en casos de suicidio cuando se correlacionan con lugar y tiempo de trabajo.

Se hablará de contingencias profesionales cuando el origen del proceso patológico que presenta el trabajador esté relacionado con los factores de riesgo laboral, distinguiéndose 2 tipos: el accidente de trabajo y la enfermedad profesional. Será imprescindible demostrar la influencia de dichos factores de riesgo laboral en la causalidad o agravamiento de la lesión o enfermedad. Para ello, tanto en la enfermedad profesional como en el accidente de trabajo, se tendrán en consideración el criterio de exposición, con existencia de una exposición laboral compatible con la causalidad de dicho daño, y el criterio de temporalidad, que implica que la exposición laboral causal considerada es anterior a la aparición de la lesión o enfermedad (tiempo de exposición o periodo de latencia compatible), además de establecer el diagnóstico diferencial necesario (Figura 3).

Figura 3: Criterios de consenso en enfermedad profesional.



Ref.: Vicente-Herrero et al. Enciclopedia práctica de Medicina del Trabajo. INSST, 2019.

Dentro de la legislación española, serán catalogadas como **enfermedades profesionales** las que se encuadren en lo establecido en el Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre de 2006¹⁷. Las enfermedades no incluidas en el listado de enfermedades profesionales en las que se demuestre un nexo causal ligado al trabajo serán consideradas **accidente de trabajo**, pudiendo ser *enfermedades causadas por el trabajo* (art. 156.2e Ley General de la Seguridad Social-LGSS) o *enfermedades agravadas por el trabajo* (art. 156.2f)¹⁸.

Distinguiremos las causas y los factores de riesgo en ambos casos (**Tabla I**).

El RD de Enfermedades Profesionales recoge en el cuadro (**Tabla II**) las exposiciones causales y cuadros resultantes de afecciones mentales de los que destacamos los más representativos.

El artículo 156.2e y 2 f de la LGSS recoge dentro del concepto de accidente de trabajo las patologías no traumáticas definiéndolas como aquellas que, eventualmente pudieran tener una relación con el trabajo (causadas o agravadas por el trabajo) que se notifican en PANOTRASS (patologías no traumáticas de la seguridad social) y, en el apartado 05 constan los procesos notificados concernientes a desórdenes mentales: desórdenes afectivos, trastornos fóbicos y neuróticos y otros desórdenes mentales (**Tabla III**).

Tabla I: Riesgos y relación causal con enfermedades mentales.

ENFERMEDADES MENTALES		SUICIDIO	
CAUSAS	FACTORES DE RIESGO (laboral/no laboral)	CAUSAS	FACTORES DE RIESGO (laboral/no laboral)
<ul style="list-style-type: none"> • Condicionantes genéticos • Antecedentes familiares • Exposición ambiental anterior al nacimiento a: factores de estrés ambientales, enfermedades inflamatorias, toxinas, drogas o alcohol • Factores biológicos como desequilibrios químicos en el cerebro. • Una lesión cerebral traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> • Situaciones estresantes: problemas financieros, divorcio o muerte de un ser querido • Enfermedades permanentes (crónicas), como la diabetes • Daño cerebral como consecuencia de una lesión grave ejemplo (traumatismo cerebral) • Experiencias traumáticas: combate militar o ataques • Consumo de alcohol o de drogas recreativas • Antecedentes de abuso o negligencia en la infancia • Falta de adaptación social: pocas relaciones o no saludables • Enfermedad mental anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales psiquiátricos (trastornos depresivos, psicosis, enfermedad bipolar) Pérdida de seres queridos Problemas económicos, familiares, laborales. - suicidio en la familia (con su correlato genético y social). • Abuso de alcohol y/o drogas. • Abuso físico o sexual en la niñez. • Enfermedades físicas inhabilitantes y/o causantes de dolor crónico. 	<p>Aspectos laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contenido del trabajo • Carga y ritmo de trabajo • Tiempo de trabajo • Participación y control • Desempeño de rol • Desarrollo profesional • Relaciones interpersonales y apoyo social • Exposición a otros riesgos laborales <p>Aspectos no laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento y soledad, con pérdida de apoyo y lazos sociales • Conductas suicidas (fantasías, ideación, amenazas, intentos y/o equivalentes) • Heteroagresividad (fantasías de homicidio, conductas agresivas y violentas hacia otros). • Dificultades familiares serias (abandono, rechazo, etc.). • No evolución favorable de una enfermedad psiquiátrica (cronicidad). • Estados depresivos, síntomas de ansiedad, insomnio, angustia, desesperanza o síntomas psicóticos e ideas delirantes paranoídes o melancólicas

Tabla II: Alteraciones psíquicas por efectos tóxicos en exposiciones laborales.

Manganeso	Psicosis maniaca, irritabilidad, nerviosismo, depresión encefalopatía tóxica
Mercurio	Psicosis tóxica y alteraciones psicomotrices
Talio	Afectación psíquica
Ácido cianídrico	Alteración psíquica, irritabilidad y bajo rendimiento
Vinilbenceno	Narcolepsia
Derivados nitrados de los fenoles	Trastornos psíquicos, ansiedad y manía
Óxidos de nitrógeno	Encefalopatía crónica: Trastornos psíquicos, pérdida de memoria, irritabilidad, depresión, manías y demencia
Plomo	Psicosis tóxica, Alteraciones psicomotrices, encefalopatías

Tabla III: Las enfermedades mentales en PANOTRASS 2022.

Desórdenes mentales	Causados por el trabajo	Agravados por el trabajo
1. Desórdenes afectivos, 2. Trastornos fóbicos y neuróticos 3. Otros desórdenes mentales.	1. Desórdenes afectivos (1), 2. Trastornos fóbicos y neuróticos (14) 3. Otros desórdenes mentales (46). Total: 61	1. Desórdenes afectivos (1) 2. Trastornos fóbicos y neuróticos (0) 3. Otros desórdenes mentales (10). Total: 11

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) ha publicado recientemente una revisión epidemiológica de patologías no traumáticas: 11 años de PANOTRATSS - Año 2022¹⁹. Resumimos sus conclusiones en lo que respecta a las enfermedades mentales:

- El 1,6% de las patologías no traumáticas corresponden a la categoría de desórdenes mentales (1.053 casos notificados). La principal patología diagnosticada es el Trastorno de ansiedad, no especificado (64,2%) seguido del Trastorno de estrés postraumático (20,7%).
- Los conductores de vehículos para el transporte urbano o por carretera (13,9%) y los profesionales de la salud (12,1%) son las ocupaciones más afectadas por los desórdenes mentales.
- Las actividades económicas donde más frecuentemente se sufren desórdenes mentales son transporte terrestre y por tubería (13,7%), administración Pública y defensa Seguridad Social obligatoria (8,8%) y actividades sanitarias (7,0%). La tasa acumulada para los desórdenes mentales es de 6,77 casos por cada 100.000 afiliados.
- Entre las actividades que superan esa cifra destacan en los primeros puestos actividades de juegos de azar y apuestas (tasa acumulada de 52,84), servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones (36,75), actividades postales y de correos (34,24) y transporte terrestre y por tubería (30,84).

Son criterios clave para la valoración de una enfermedad como profesional:

- Que exista cuadro clínico coherente con los efectos de la exposición al agente concreto.
- Que existan indicios suficientes de exposición laboral previa a la aparición de la patología.
- Que el intervalo exposición-efecto sea coherente con la historia natural de la enfermedad.
- Que se pueda realizar el diagnóstico diferencial con patologías similares relacionadas con exposiciones no laborales o con las características personales propias del trabajador.

En todos los casos, el informe médico de sospecha del facultativo que traslada la notificación constituye una base sólida para la solicitud de reconocimiento de la enfermedad profesional.

El suicidio en salud laboral

Un entorno de trabajo negativo puede provocar estrés laboral y, en consecuencia, problemas de salud física y mental (incluido el consumo nocivo de sustancias o alcohol). Las investigaciones indican que el estrés ocupacional y los problemas de salud mental se han relacionado con el ausentismo (la cantidad de días sin poder trabajar), el presentismo (reducción de la capacidad para trabajar productivamente y el rendimiento laboral), la baja satisfacción de los empleados y la pérdida de productividad. Se ha demostrado que el estrés psicosocial en el lugar de trabajo, como la incertidumbre laboral, las demandas emocionales, las malas relaciones sociales, el bajo control del trabajo, la mala gestión, el acoso y la intimidación, la mala comunicación y las largas horas de trabajo, tienen gran impacto en la salud mental. La depresión y la ansiedad son, de hecho los trastornos mentales más prevalentes en la Unión Europea. El estudio piloto MENTUPP abordó una intervención preventiva en ocho países europeos y Australia en PYMES (pequeñas y medianas empresas) enfocada a tres sectores de especial riesgo: construcción, salud y tecnologías de la información. La mayoría de las intervenciones de salud mental en el lugar de trabajo se han dirigido a empresas más grandes y las PYMES a menudo se pasan por alto a pesar de que la mayoría de las personas están empleadas en ellas. Este proyecto tuvo como objetivo mejorar la salud mental y el bienestar de las personas y reducir la depresión, la ansiedad y el comportamiento suicida (suicidio y autolesiones), puesto que existe una fuerte asociación entre ellas, que se ve agravada por comorbilidades que incluyen síntomas de salud física y mental relacionados con el estrés²⁰. Los hallazgos de este estudio piloto aún no han sido publicados e informarán de la eficacia de estas intervenciones considerando, teniendo en cuenta el espacio temporal en que se realiza este estudio, los impactos relacionados con COVID-19 en la salud mental en el lugar de trabajo.

El suicidio es una problemática de difícil abordaje desde Salud Laboral y algunos autores han establecido una planificación de seguridad contra el suicidio partiendo de un enfoque individualizado para reducir el riesgo de que se produzca y ayudar a las personas en riesgo con estrategias de afrontamiento y recursos a los que se puede recurrir cuando se produce una ideación suicida. Este enfoque ha recibido denominaciones diversas en función de cada

autor: plan de seguridad, plan de respuesta a crisis y estrategias de afrontamiento. En todos los casos se trata de un documento escrito de colaboración entre un usuario y un proveedor de servicios basado en las estrategias de afrontamiento. Uno de los más conocidos es el de 2012 de Stanley y Brown²¹ e incluye seis elementos principales: identificar señales de advertencia de una crisis de suicidio; estrategias internas de afrontamiento; apoyos sociales que pueden distraer la atención de la crisis actual; información de contacto de estos apoyos sociales; información de contacto de los servicios de atención médica; y reducir el acceso a medios letales.

Pero la planificación preventiva contra el suicidio se correlaciona más con los valores y la cultura de la terapia ocupacional a través de su énfasis en la colaboración y la atención centrada en la persona. Los terapeutas ocupacionales tienen opciones de apoyar a las personas que están en riesgo de suicidio en una variedad de contextos y sería recomendable incorporar este conocimiento en el ámbito educacional y en la práctica mediante la integración de componentes existenciales y ocupacionales para mejorar la efectividad en el tratamiento de la ideación suicida, especialmente en poblaciones de riesgo²².

La jurisprudencia y doctrina en suicidio

El suicidio en Salud laboral no está incluido en los listados de enfermedad profesional y, por ello, será considerado un accidente de trabajo cuando se cumplan rigurosamente los criterios previamente preestablecidos. Esto abre un debate jurídico que pasamos a resumir.

La jurisprudencia acepta que el suicidio es accidente laboral cuando se produce en tiempo y lugar de trabajo. Cuando el suceso tiene lugar fuera de este ámbito, es necesario probar que se cumplen los criterios de causalidad entre el suicidio y un conflicto laboral previo, temporalidad y que se valoren circunstancias coadyuvantes con peso suficiente para justificar el hecho, independientemente de posibles situaciones de riesgo laboral.

La primera sentencia en España que reconoce el suicidio como accidente de trabajo es en 1970²³, año en que tiene lugar una sentencia estimatoria por primera vez y es a partir de 2007²⁴, cuando el alto tribunal, aunque de manera tangencial aborda este tema considerando circunstancias no directamente relacionadas, pero que pueden ser de interés al dictar la resolución judicial y parece asentar las directrices a seguir en lo sucesivo.

La consideración del suicidio que tiene lugar fuera del lugar y del tiempo de trabajo, esto es, al margen de la presunción del artículo 156.3 de la LGSS, se ha admitido

judicialmente en función de los elementos fácticos que consten acreditados y, en concreto, cuando existe una clara relación de causalidad con el trabajo^{25,26,27}.

En cuanto a la presunción legal de accidente laboral [*Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo*], el concepto de accidente de trabajo pivota sobre la conocida relación de causalidad entre el trabajo y la lesión que se construye desde dos conexiones:

Una, calificada por la jurisprudencia como estricta-lesión corporal del trabajador sufrida como consecuencia del trabajo. Otra más laxa, donde la actividad laboral no es directamente la causante de la lesión sino que indirectamente ha contribuido a la consecuencia lesiva —lesión corporal del trabajador sufrida con ocasión del trabajo—.

La doctrina científica destaca la exigencia general de relación de causalidad entre el trabajo y la lesión bien de manera estricta [*por consecuencia*] o bien en forma más amplia o relajada [*con ocasión*], de manera que en este último caso ya no se exige que el trabajo sea la causa determinante del accidente, sino que es suficiente la existencia de una causalidad indirecta, quedando excluida del carácter laboral la ocasionalidad pura.

Si se considera el primer supuesto [*por consecuencia*] estamos en presencia de una verdadera causa, mientras que en el segundo caso [*con ocasión*], propiamente se describe una condición [aquello sin lo que —sine qua non— se produce el accidente], más que una causa en sentido estricto.

Vemos por tanto que el debate médico-legal es complejo y donde cobra especial importancia la prueba pericial en la que, es más necesaria que nunca la colaboración entre las distintas especialidades implicadas: medicina del trabajo, psicoterapeutas, psiquiatras y cualquier otra especialidad sanitaria que haya tenido participación en el control asistencial o no de la persona afectada.

Conclusiones

Vista la complejidad de este tema resumimos de forma muy esquemática las premisas siguientes:

1. El abordaje de la enfermedad mental y del suicidio en salud laboral constituyen una temática compleja.
2. La jurisprudencia y doctrina judicial no es unánime al encuadrar el acto suicida.
3. El elemento principal para que el suicidio sea considerado contingencia profesional será la conexión existente entre el daño (acto autolítico) y el trabajo (exposición a riesgo).

4. La carga de la prueba dependerá de que se dé el suicidio en tiempo y lugar de trabajo.
5. La dificultad de establecer la causalidad en suicidio requiere estudiar cada caso de forma individualizada (es imprescindible tomar como referencia la historia clínica laboral de la persona afectada).
6. Dado el peso de los factores psicosociales en la enfermedad mental y en suicidios relacionados con el trabajo se ha de tener en cuenta la obligación del

empresario en materia preventiva y su imputabilidad y recargo de prestaciones ante incumplimientos.

7. Es responsabilidad empresarial evaluar y prevenir los riesgos psicosociales que se pudieran producir en la organización para actuar de forma eficaz en prevención de riesgos laborales.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
2. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión. CIE 11. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
3. Asociación de Academias de la Lengua Española. Real Academia Española. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
5. World Health Organization, WHO (2014). Preventing suicide: A global imperative. Ginebra: World Health Organization.
6. García Haro J, García Pascual HR, González González M, Barrio Martínez S, García Pascual R. Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. *Pap. Psicol.* 2020; 41(1): 35-42.
7. Ruiz-Rodríguez P, Cano-Vindel A, Navarro R, Medrano L, Moriana J, Aguado CB, et al. Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y estrés.* 2017;23(3-4):118-23.
8. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones de salud global. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
10. Instituto Nacional de Estadística. Salud mental en población adulta según sexo y clase social del sustentador principal. Media y desviación típica. Población de 16 y más años. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p01/&file=01033.px#ltabs-grafico>
11. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por suicidios. Resultados nacionales. Suicidios por edad y sexo. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=29984#ltabs-grafico>
12. Chamoux A, Lambert C, Vilmant A, Lanhers C, Agius R, Boutaleb M, Bonnetterre V, Naughton G, et al. Occupational exposure factors for mental and behavioral disorders at work: The FOREC thesaurus. *PLoS One.* 2018;13(6):e0198719.
13. Jain A, Hassard J, Leka S, Di Tecco C, Iavicoli S. The Role of Occupational Health Services in Psychosocial Risk Management and the Promotion of Mental Health and Well-Being at Work. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 31;18(7):3632.
14. Axén I, Björk Brämberg E, Vaez M, Lundin A, Bergström G. Interventions for common mental disorders in the occupational health service: a systematic review with a narrative synthesis. *Int Arch Occup Environ Health.* 2020;93(7):823-38.
15. Rothermund E, Michaelis M, Jarczok MN, Balint EM, Lange R, Zipfel S, et al. Prevention of Common Mental Disorders in Employees. Perspectives on Collaboration from Three Health Care Professions. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Feb 6;15(2):278.
16. Joosen MCW, van Beurden KM, Rebergen DS, Loo MAJM, Terluin B, van Weeghel J, van der Klink JJJ, Brouwers EPM. Effectiveness of a tailored implementation strategy to improve adherence to a guideline on mental health problems in occupational health care. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):281.
17. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Boletín Oficial del Estado núm.302 de 19 de diciembre de 2006.
18. 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. Boletín Oficial del Estado núm. 261, de 31 de octubre de 2015.
19. Instituto Nacional de Seguridad y -salud en el Trabajo. Epidemiología de patologías no traumáticas: 11 años de PANOTRATSS - Año 2022. Disponible en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/epidemiologia-de-patologias-no-traumaticas-11-anos-de-panotratss-ano-2022>
20. MENTUPP. Promoción e Intervención en Salud Mental en Entornos Laborales. Disponible en: <https://www.mentuppproject.eu/>.
21. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice.* 19. 2012: 256-64.
22. Marshall CA, Crowley P, Carmichael D, Goldszmidt R, Aryobi S, Holmes J, Easton C, Isard R, Murphy S. Effectiveness of Suicide Safety Planning Interventions: A Systematic Review Informing Occupational Therapy. *Can J Occup Ther.* 2023;90(2):208-36.
23. Sentencia del Tribunal Supremo de 29 octubre 1970 (RJ 4336/1970).
24. Sentencia del Tribunal Supremo de 25 septiembre 2007 (REC 5452/2005).
25. Consejo General del Poder Judicial. Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social. Barcelona. STSJ de Cataluña de 26 de octubre de 2015, recurso 4319/2015. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>
26. Consejo General del Poder Judicial. Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social. Barcelona. STSJ de Cataluña de 11 de abril de 2014, recurso 972/2014. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>
27. Consejo General del Poder Judicial. Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social. Santander. STSJ de Cantabria, recurso 128/2023. Disponible en: <https://www.poderjudicial.es/search/indexAN.jsp>