

## Riesgo de suicidio y estado psicológico en personal médico tratante de pacientes COVID-19

Las consecuencias físicas y psicológicas de la pandemia COVID-19 (enfermedad y experiencias) no son aun conocidas. El colectivo médico que trata de forma directa a los pacientes en situación COVID-19 esta especialmente expuesto.

### Planteamiento del problema

Los médicos tienen niveles altos de burnout, de trastornos depresivos y mayor riesgo de suicidio que la población general ya antes de la pandemia COVID-19. La situación que han vivido gran parte de los médicos durante la pandemia en su desempeño profesional, puede favorecer que esta situación previa sea mucho mayor. Por tanto, es necesario conocer la situación actual de los médicos e identificar factores de riesgo para poder intervenir y así evitar mayores consecuencias de la pandemia sobre los médicos.

### Magnitud del problema (antes y después del COVID-19)

El colectivo médico padecía de forma crónica, en todos los continentes y en todas las etapas de formación y experiencia de los profesionales una mayor prevalencia de depresión y burnout, ambas situaciones asociadas entre ellas y también a la conducta suicida. Además, los médicos presentan, de forma independiente a lo anterior, un mayor riesgo de cualquier tipo de conducta suicida, incluido el suicidio consumado.

#### Antes de la pandemia COVID-19:

El **síndrome de burnout**, de desgaste o del quemado, caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización, y la falta de gratificación personal <sup>(1)</sup> está relacionada con la Medicina (especialistas, residentes y en estudiantes de Medicina) en todos los países estudiados. La evolución del desgaste empieza ya en la carrera con cifras alrededor del 45% a nivel mundial sin diferencias por sexos <sup>(2)</sup> y algo más bajas en España con una subida del 14.8% en los alumnos de tercero frente al 37.5% en los alumnos de último curso <sup>(3)</sup>. El cansancio laboral se relaciona con agotamiento emocional, pérdida de sentido en el trabajo, sentimientos de ineffectividad subjetiva <sup>(4)</sup> y objetiva <sup>(5)</sup>, además de peor aprendizaje <sup>(6)</sup>. Los porcentajes medios de burnout en los médicos es cerca de la mitad, con cifras eran más altas en médicos de primera línea, como son los médicos de atención primaria, médicos internistas o médicos de urgencias hospitalarias <sup>(7)</sup>, posiblemente porque uno de los factores identificados como posibles responsables es la vivencia del sufrimiento o muerte de pacientes <sup>(2)</sup>.

Los **síntomas depresivos** son altamente prevalentes entre los médicos residentes, con cifras alrededor del 30% y rangos entre 20% y el 43%, más prevalente en mujeres que en hombres <sup>(8)</sup>, con un aumento tanto de prevalencia <sup>(9)</sup> como de síntomas según antigüedad <sup>(8, 10)</sup>. La prevalencia de síntomas depresivos es similares entre los estudiantes de Medicina (27%) <sup>(11)</sup>. La depresión es más frecuente entre las médicas que entre los médicos. La depresión se asocia con una peor atención al paciente y con errores médicos de forma bidireccional. Así, síntomas depresivos – errores: RR 1.95 (95% CI, 1.63-2.33) y errores – síntomas depresivos: RR 1.67 (95% CI, 1.48-1.87) <sup>(12)</sup>. Hay muy pocos estudios recientes sobre la prevalencia de depresión en médicos especialistas y se incluye como una de las líneas prioritarias para la prevención del suicidio en médicos <sup>(13)</sup>

La dimensión de **conducta suicida** abarca desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado. Los médicos tienen mayor incidencia en ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios consumados. En EE.UU., el porcentaje de médicos que habían tenido ideas de suicidio era 23% (hombres) y 22% (mujeres), mientras que el 1% y 2% lo había intentado alguna vez, respectivamente <sup>(14)</sup>. En España, según estudio de la Organización Médica Colegial, el porcentaje de muertes por suicidio en médicos era del 1.3% frente al 0.8% de la población general, con un aumento lineal en el periodo de estudio, hasta llegar al 2% en 2014 <sup>(15)</sup>. Las cifras, señalan que la ratio de suicidio con población general era 1.41 (95% CI= 1.21-1.65) para hombres y 2.27 (95% CI=1.90-2.73) para las mujeres <sup>(16)</sup>, lo que acercaba el riesgo de suicidio en ambos sexos <sup>(15, 17)</sup>. Entre las especialidades, los anestesiólogos, los médicos de atención primaria (medicina general y comunitaria) y psiquiatras <sup>(17)</sup>. Estas cifras resultan más alarmantes cuando sabemos que alrededor del 40% de los médicos no había comentado sus ideas de suicidio a nadie y 2/3 no habían buscado ayuda ni pensaban hacerlo, a pesar de disponer en 1/3 de los casos de programas para la prevención de depresión y burnout <sup>(18)</sup>. Esto puede justificarse por estigma de la

enfermedad mental y que el tratante sea un compañero, por lo que expertos proponen que la intervención con telepsiquiatría es fundamental para tratar la salud mental <sup>(13)</sup>.

#### En y tras la pandemia COVID-19

Con mucha probabilidad, tanto el síndrome de burnout, los síntomas depresivos y el riesgo de suicidio van a aumentar por las circunstancias tan adversas que han vivido y van a vivir los médicos como profesionales y como parte de la sociedad, ya sea por acción directa como indirecta del SARS-CoV-2. El primer paso para poder un abordaje efectivo es conocer la magnitud y los posibles factores de riesgo.

Según los expertos hay una situación en que numerosos factores de riesgo van a potenciarse creando una tormenta perfecta para disparar el riesgo de suicidio <sup>(19)</sup>: 1) Aislamiento social y soledad. El confinamiento es un aislamiento por definición, especialmente importante en personas que vivan solas. 2) Aumento de problemas de salud mental: hay un aumento en la prescripción de antidepresivos (18.6%), ansiolíticos (34.1%) e insomnio (14.8%) desde 16/02 a 15/03 en EE.UU. y el 78% de todas las prescripciones eran nuevas <sup>(20)</sup>. Esto es en la semana de declaración de la pandemia, antes de incremento exponencial en el número de muertes. 3) Uso indebido de alcohol y otras sustancias. Aumento en recesiones económicas y desastres <sup>(21, 22)</sup>. En España, ha habido un incremento en la venta particular de bebidas alcohólicas, con incremento que ha ido aumentando según pasan los días de confinamiento con aumento del doble con respecto a las mismas semanas en 2019 <sup>(23)</sup>. 4) Desempleo y pérdida poder adquisitivo. La pérdida de empleo se estima en y por consiguiente, una pérdida del poder adquisitivo. <sup>(24)</sup>. Se prevé una tasa de paro del 18.8% (24.4% si se cuentan los ERTes) <sup>(25)</sup>. 5) Problemas de relación y pérdida. La dificultad añadida a la pérdida de seres queridos está en el no poder despedirse del familiar, que en muchos casos ha fallecido solo, no es la única muerte en la familia en poco tiempo, la pregunta de la inevitabilidad de la muerte, etc. Factores que condicionan el duelo. 6) Acceso a medios letales. Si bien, en EE.UU. ha habido un aumento del 80% de la compra de armas en el mes de marzo en España esto no es posible, sin embargo, sabemos la facilidad y conocimiento de los métodos letales para los médicos.

En los médicos, hay que añadir la presión del trabajo actual, condiciones laborales actuales, los problemas éticos ante la falta de medios, el riesgo real aumentado de contagio, el miedo a contagiar a la familia, la culpa de posibles contagios, posibles errores médicos, el sufrimiento de los pacientes.

#### **Pertinencia:**

Los datos preliminares no indican una reducción de los suicidios en Sevilla (suicidios mar-abr 2019=22 vs. mar-abr 2020=19). De las seis fases descritas en un desastre <sup>(26)</sup>, las tasas de suicidio pueden disminuir durante la fase temprana, o período de "luna de miel", de una crisis y durante los períodos de alta cohesión comunitaria <sup>(27)</sup> (videos de apoyo, canciones en balcones, aplausos). Sin embargo, a partir de ahí, las fases comienzan un declive de optimismo y aumento del riesgo (la de desilusión y de reconstrucción). Por tanto, el efecto más importante del impacto de la pandemia de COVID-19 está por llegar y tenemos que estar preparados para conocer de forma proactiva el impacto real psicológico sobre los médicos y aprovechar el camino de la telepsiquiatría.

Por tanto, conocer la salud mental de los médicos es una prioridad que se ha convertido en urgencia tras la pandemia COVID-19, este primer paso es crucial para poder diseñar programas de intervención enfocados a aquellos subgrupos con mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva y/o de burnout, ambas relacionadas con riesgo de suicidio. En el momento de escribir esto, *más de 50 médicos han muerto por COVID-19, a estas cifras hay que evitar al máximo que aumenten con los suicidios*, algo que lamentablemente ya ha ocurrido según prensa.

## Bibliografía

1. Maslach C, et al. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2:99-113.
2. Frajerman A, et al. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2018;55:36-42.
3. Galan F, et al. Burnout risk in medical students in Spain using the Maslach Burnout Inventory-Student Survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011;84(4):453-459.
4. Shanafelt TD, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1600-1613.
5. Shanafelt TD, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6):995-1000.
6. Shanafelt T, et al. Why do surgeons consider leaving practice? *J Am Coll Surg*. 2011;212(3):421-422.
7. Dyrbye LN, et al. Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(12):1358-1367.
8. Guille C, et al. Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians. *JAMA Intern Med*. 2017;177(12):1766-1772.
9. Sen S, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(6):557-565.
10. Pereira-Lima K, et al. Residency Program Factors Associated With Depressive Symptoms in Internal Medicine Interns: A Prospective Cohort Study. *Acad Med*. 2019;94(6):869-875.
11. Rotenstein LS, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-2236.
12. Pereira-Lima K, et al. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(11):e1916097.
13. Oquendo MA, et al. A Key Differential Diagnosis for Physicians-Major Depression or Burnout? *JAMA Psychiatry*. 2019.
14. *Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide*. 2020. Disponible en: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>
15. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Organización Médica Colegial. *Mortalidad en la profesión médica. Periodo 2005-2014*. 2019. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/informe\\_mortalidad\\_medica\\_29\\_10\\_19\\_cgcom.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/informe_mortalidad_medica_29_10_19_cgcom.pdf)
16. Schernhammer ES, et al. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(12):2295-2302.
17. Hawton K, et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(5):296-300.
18. *Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide*. ; 2020.
19. Brown S, et al. Suicide in the Time of COVID-19: A Perfect Storm. *J Rural Health*. 2020.
20. *America's State of Mind Report. Abril 2020*. Disponible en: <https://www.express-scripts.com/corporate/americas-state-of-mind-report>
21. Kerr WC, et al. Economic Recession, Alcohol, and Suicide Rates: Comparative Effects of Poverty, Foreclosure, and Job Loss. *Am J Prev Med*. 2017;52(4):469-475.
22. Flory K, et al. Alcohol and cigarette use and misuse among Hurricane Katrina survivors: psychosocial risk and protective factors. *Subst Use Misuse*. 2009;44(12):1711-1724.
23. *Análisis de consumo en el hogar del 20 al 26 de abril 2020*. Disponible en: [https://www.mapa.gob.es/es/prensa/200505consumoenelhogarsemana17\\_tcm30-537732.pdf](https://www.mapa.gob.es/es/prensa/200505consumoenelhogarsemana17_tcm30-537732.pdf)
24. Iglesias-García C, et al. Suicide, unemployment, and economic recession in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10(2):70-77.
25. *Nota de prensa 23/04/2020*. Disponible en: <https://www.funcas.es/prensa/NotasPrensa.aspx?file=468>
26. *Phases of Disaster*. : U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services; 2020.
27. Joiner TE, et al. On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: "Pulling Together" is Associated With Lower Suicide Rates. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2006;25(2):179-195.
28. Instituto Nacional de Estadística. Profesionales Sanitarios Colegiados Año 2018. *Notas de prensa. Instituto Nacional de Estadística Madrid*; 2019: Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/epsc\\_2018.pdf](https://www.ine.es/prensa/epsc_2018.pdf).