

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
MASTER EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES



**Reconocimiento legal del suicidio
como accidente laboral:
implicaciones psicosociales**

AUTORA: María José Escudero García
DIRECTORA: Dolores Marhuenda Amoros
Alicante, Julio de 2019



INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D/D^a Dolores Marhuenda Amorós Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado "RECONOCIMIENTO LEGAL DEL SUICIDIO COMO ACCIDENTE LABORAL: IMPLICACIONES PSICOSOCIALES" y realizado por el estudiante D./D^a María José Escudero García.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 16 de julio de 2019

Fdo.: Dolores Marhuenda Amorós
Tutor TFM



Índice

1.Introducción	2
1.1.Justificación	4
1.2.Objetivos	5
1.3.Metodología	6
2.La conducta suicida	8
2.1.Conceptualización y clasificación de los fenómenos suicidas.....	9
2.2.La conducta suicida como un proceso	12
2.3.Epidemiología.....	14
2.3.1. El suicidio en España	16
2.4.El suicidio en relación con el derecho	18
3. Psicopatología y ambiente laboral	20
3.1. Salud mental del trabajador.....	21
3.2. Factores de riesgo psicosociales	22
3.3. Psicopatologías relacionadas con el trabajo	26
4. Caracterización del suicidio como accidente laboral	32
4.1. El accidente de trabajo.....	33
4.2. Psicopatologías, suicidio y ocupación	34
4.3. Relación causal entre actividad laboral y suicidio.....	37
4.4. Implicaciones legales.....	39
5. Reconocimiento judicial del suicidio como accidente de trabajo.....	42
5.1. Consideraciones de las resoluciones judiciales.....	43
6.Resultados	45
7. Discusión	51
8.Conclusiones	55
9.Bibliografía	58

1. Introducción

El suicidio es un enorme problema para la salud pública en prácticamente todos los países del mundo, incluyendo a España. Aunque las tasas nacionales de suicidio difieren ampliamente entre países, tienden a ser más altos en los países desarrollados más industrializados.

Los problemas psicosociales, la enfermedad mental y el suicidio son fenómenos complejos que conllevan un intenso sufrimiento en la vida de las personas que las padecen, de sus familias, amistades y también en la comunidad. Estos fenómenos suelen coexistir e influir los unos en los otros y se consideran importantes problemas para la sociedad.

El riesgo de suicidio alcanza su punto máximo entre los 45 y los 54 años (disminuyendo entre los 55 y los 74 años, y aumentando de nuevo a los 75 años), tanto en España como en el resto del mundo, lo que indica que las poblaciones en edad de trabajar son las que tienen mayor riesgo de suicidio. (OMS)

Existe una evidente relación entre los cambios macroeconómicos que se dan en el mundo o en ciertas regiones y los niveles de suicidios en la población. Durante los periodos de recesión económica, este nexo puede explicarse lógicamente, por el aumento del desempleo y el incremento del riesgo de suicidio entre los desempleados, despedidos, etc.

Los trabajos que nos encontramos acerca del suicidio se centran principalmente, en estudiar este fenómeno en personas con enfermedad mental o a menudo en personas desempleadas, pero no existen muchas publicaciones que relacionen las condiciones de trabajo y el suicidio entre los trabajadores. Sin embargo, la población activa también debe considerarse para obtener, una comprensión completa del impacto de los problemas psicosociales, provocados por la actividad laboral en las tasas de suicidio, en particular porque el número absoluto de suicidios entre los empleados supera a los de los desempleados, por ejemplo en los periodos de recesión (Miller et al., 2014), según un estudio realizado durante un periodo de dificultades económicas en Hong Kong, la tasa de suicidio entre las personas con empleo aumentó sustancialmente mientras que esta disminuyó entre los desempleados (Yip, 2011). Aunque estos resultados no pueden ser directamente aplicables a todos los países, si nos puede servir para llamar la atención sobre los fenómenos de deterioro de las condiciones laborales en todo el mundo y su relación con la proliferación de alteraciones psicosociales,

ayudando a centrar el foco no solo en las personas desempleadas sino también en los trabajadores que se suicidan.

Los estudios demuestran como la precariedad y la inseguridad laboral, la escasa capacidad de decisión, los bajos niveles de apoyo y comunicación con los superiores, etc., pueden relacionarse con el aumento del estrés laboral por estados mantenidos de frustración, altos niveles de tensión emocional y desgaste mental, lo cual se asocia con una salud física más pobre y una salud mental más deficiente, incluyendo depresión y trastornos de ansiedad, particularmente entre hombres. (Wang et al., 2008; László et al., 2010; Virtanen et al., 2011).

Además, este estrés experimentado en el trabajo y las condiciones laborales parecen estar fuertemente asociadas con intentos de suicidio y suicidios consumados, en ambos sexos. (Routley and Ozanne-Smith, 2012).

A pesar de esta asociación y de una gran cobertura mediática del fenómeno del suicidio, actualmente se desconoce exactamente el número de muertes autoinfligidas relacionadas con el trabajo. Además, aunque en algunos estudios se han detallado las tasas de suicidio por ocupación, los hallazgos son de naturaleza ecológica y no hay muchos datos que establezcan motivaciones directas relacionadas con el trabajo.

Como hemos visto demostrado en la literatura, la multitud de formas en que actualmente se pueden manifestar las malas condiciones en el trabajo, allanan el camino a diversas patologías o alteraciones mentales de las que son consecuencias la autoagresividad y la ideación suicida, sin embargo, a la hora de catalogar estas muertes como accidente de trabajo entran en juego otras implicaciones que hacen que los vínculos entre ellas se difuminen.

La legislación en el artículo 156 de la LGSS, determina que *“un accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”*. Tendrán consideración de accidente de trabajo: *“Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”*. Por tanto, si el origen de la enfermedad mental es laboral podremos definirla como accidente de trabajo. Pero si estas alteraciones psicológicas o mentales no pueden atribuírsele directamente al trabajo o, al menos, que han sido acrecentadas por las condiciones laborales, no podrían ser descritas como accidente laboral.

Por tanto, es importante remarcar y reconocer el nexo entre el trinomio actividad laboral, alteración psicológica y suicidio y varias sentencias judiciales lo avalan en este

sentido, sin embargo, a pesar de ello muchas otras también presentan sentencias en una dirección opuesta.

Algunas de las problemáticas de este tipo de postulados, se apoya en dos puntos: el carácter de acto voluntario y consciente del suicidio, lo que puede llevar a desvinculación causal del acto suicida de la actividad laboral que se lleva a cabo y, por otro lado, la aproximación al suicidio como una cuestión difícil de abordar, un tema tabú, con muchas implicaciones personales y sociales que ponen trabas a la hora de valorar y delimitar el acto suicida dentro de la condición de accidente laboral.

1.1. Justificación

En el mundo actual, el creciente incremento de trastornos a los que definimos como problemas psicosociales y la aparición de suicidios dentro de las empresas, principalmente como resultado de modernas formas de organizar el trabajo y nuevos métodos de gestión, centrados en la rentabilidad y el rendimiento, hacen que nos preguntemos si la salud mental del trabajador ha sido una cuestión tenida en cuenta a la hora de valorar los peligros potenciales que pueden afectar a salud de los empleados o, por el contrario, se ha planteado dentro de las empresas (si es que se ha llegado a hacer), como un problema poco probable o menor o directamente sin relación alguna con el puesto de trabajo.

Como se ha detallado en la introducción, las condiciones en el trabajo y las circunstancias que en él se dan, si son malas o poco saludables, pueden favorecer diversos tipos de alteraciones en el bienestar psicológico del trabajador. Si vamos un paso más allá y estas condiciones laborales y los desórdenes producidos en la esfera psicológica, sobrepasan la capacidad de tolerancia psíquica del trabajador, pueden en algunos casos, ante la falta de apoyos, de comprensión o de liberación llegar hasta las últimas consecuencias.

Por todo esto, decidí realizar mi trabajo acerca del suicidio, ya que, debido al incremento alarmante de este fenómeno y de los factores de riesgo psicosocial en el entorno profesional, la prevención de riesgos laborales se erige como instrumento fundamental para no pasar por alto la evaluación y prevención de las posibles alteraciones psicológicas de los trabajadores, así como la detección precoz de la ideación y la conducta suicida. En muchas ocasiones la esfera psicológica del trabajador es ignorada, y el suicidio y la enfermedad mental en el trabajo son un tabú, porque generan una confrontación con las modernas formas de organización del trabajo, por ello, es tarea desde la prevención de riesgos laborales reconocer estas situaciones,

dándoles la importancia capital que tienen en la salud de los trabajadores, así en la primera parte del trabajo se analiza el fenómeno del suicidio y de los riesgos psicosociales así como su vinculación e implicaciones con la actividad laboral.

Por otro lado, me parece llamativo como sentencias recientes están ampliando los límites de la definición legal de accidente de trabajo, concepto que se había mantenido más o menos inamovible durante décadas. El asesinato de un superior por parte de un empleado, un accidente fuera de la oficina durante la pausa de descanso o varios casos de suicidio son ahora considerados accidente de trabajo, siendo ejemplos de cómo está cambiando la jurisprudencia.

Sin embargo, tanto en España como en otros países aún se dan pronunciamientos en ambos sentidos lo que demuestra la falta de congruencia y la subjetividad que conlleva. La posible calificación del suicidio como accidente de trabajo se argumenta en base a una conexión de causalidad entre acto lesivo, enfermedad mental y trabajo, por lo que nos encontramos ante una situación casuista en la que es necesario estudiar cada postulado, de este modo, en el trabajo me parecía importante analizar algunos de estos argumentos contrapuestos y la evolución en el tiempo de las sentencias para alcanzar una visión global de este posible cambio de paradigma.

Por tanto, en la segunda parte del trabajo, se pretende analizar como el suicidio de un trabajador puede calificarse o no de accidente laboral cuando se esclarece que el acto se produjo directamente motivado por su trabajo, y las implicaciones y dificultades que comporta desentrañar esta situación.

1.2. Objetivos

Objetivo principal:

- El objetivo de este trabajo es profundizar en cómo y en qué circunstancias un suicidio puede ser considerado como accidente laboral, analizando también a través de la evolución de las sentencias judiciales como las condiciones de trabajo y la esfera psicológica del trabajador cobran una nueva importancia a la hora de considerar las incidencias que envuelven a estos sucesos.

Objetivos secundarios:

- Analizar el origen y manifestaciones del suicidio en la actualidad y su relación con el trabajo, además de su evolución en el tiempo desde una perspectiva social y jurídica.
- Identificar los posibles riesgos psicosociales en el trabajo, sus consecuencias para los trabajadores y los factores precipitantes, teniendo en cuenta el contexto sociolaboral actual.
- Examinar el papel del técnico en prevención de riesgos laborales en la determinación de las medidas preventivas frente a los riesgos psicosociales y en la identificación de las posibles motivaciones de la conducta suicida en relación con el trabajo.

1.3. Metodología

En el caso de la metodología del trabajo, ha sido llevada a cabo desde un punto de vista jurídico, realizando un estudio de la jurisprudencia sobre los casos de suicidio que tuvieran algún tipo de relación con el trabajo, analizando la doctrina, normas judiciales y sentencias. Además, todo ello se ha relacionado a la legislación actual, analizada desde un punto de vista laboral que nos facilita valorar el nexo causal entre trabajo y suicidio.

Sin embargo, en el análisis normativo se evidencian las carencias a la hora de definir el concepto de accidente de trabajo que se precisa en el artículo 156 de la Ley General de Seguridad Social, apreciándose vacíos en los que necesariamente debemos recabar la información de los análisis judiciales, tanto del Tribunal Supremo, como las sentencias de otros tribunales, debido a esto cada caso requiere de un examen individualizado para esclarecer si se corresponde o no con la categoría de accidente de trabajo ante la flexibilidad con que los juzgados utilizan este concepto ante la falta de concreción del mismo.

El proceso en que se apoya esta metodología está basado en la búsqueda de sentencias judiciales, a través del buscador de Jurisprudencia del Tribunal Supremo (CENDOJ).

Por tanto, través del examen de la normativa actual y de la jurisprudencia se ha realizado el análisis de los pronunciamientos que catalogan el suicidio como un evento que tiene su origen en la actividad laboral y, por tanto, obtienen la distinción de accidente de trabajo, poniendo en valor los riesgos psicosociales que se pudieran sufrir en el puesto de trabajo además de las posibles patologías mentales de ellos derivadas que facilitan la demostración del nexo causal.

Por otro lado, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, EMBASE y Biblioteca Cochrane, mediante diferentes estrategias de búsqueda. Se realizaron exploraciones en MEDLINE mediante términos MeSH que incluían combinaciones booleanas (AND, OR): suicide, suicide attempt, deliberate self harm, work, occupational accident, psychosocial factor, mental disorder y utilizando términos libres que incluían las palabras: suicide or attempted suicide or self-harm, near work-related or job, mental disorder or mentally-ill, occupational accident or workplace accident, psychosocial risk near work. La búsqueda siguió estrategias similares en las demás bases de datos.

Esta búsqueda se amplió con literatura científica obtenida en el repositorio SciELO, Google Académico y otras fuentes de literatura no convencional, utilizando para ello lenguaje natural con las palabras: suicidio, trabajo, laboral, riesgo, enfermedad mental, depresión.

Además, se complementó, con algunos de los trabajos más útiles referenciados en los artículos seleccionados.

2. La conducta suicida

La conducta suicida es un fenómeno altamente complejo. El alcanzar una definición o una atribución clara no es sencillo, ya que, está sujeto a multitud de implicaciones, tanto mentales como psicopatológicas, sociales, ambientales y por supuesto, morales.

A lo largo de la historia, el suicidio ha tenido diferentes consideraciones en función de las costumbres, ideología, religión, etc. de cada tiempo. En la antigua Grecia, una de las primeras culturas donde se aborda el suicidio, se consideraba un delito contra el Estado y contra la sociedad, infligiendo daños al cadáver e incluso castigando a su familia, sin embargo, en culturas más antiguas, se consideraba una forma de supervivencia de la aldea, donde las personas menos valiosas para la comunidad la abandonaban para garantizar mayor aprovisionamiento al resto. Posteriormente, en la Roma clásica el suicidio era tratado como una opción válida, sin embargo, con la llegada del cristianismo pasa a ser tratado como indigno y una ofensa a Dios (Amador, 2015).

Desde entonces, este patrón se ha mantenido más o menos estable en la mayor parte de las sociedades occidentales. Es durante la ilustración, que se introducen enfoques novedosos a través de las reflexiones de Rousseau y Hume, y se inicia un acercamiento al fenómeno desde la libertad individual y la descriminalización, sin embargo, a pesar de las nuevas ideas filosóficas, en algunos países como Reino Unido se mantiene una regulación legal por parte del estado llegándose a imponer penas hasta bien entrado el siglo XX. A partir de la llegada de la sociedad industrial e influenciado por la obra de Durkeim, el suicidio se empieza a considerar un problema social y posteriormente un problema también médico, pero las ideas de la doctrina cristiana consiguen penetrar a lo largo de los siglos manteniendo en la cultura popular un rechazo moral hacia el acto de quitarse la vida (Andrés, 2003).

Actualmente, desde el punto de vista teórico, las investigaciones más recientes iniciadas en el siglo XX se plantean diferentes modelos acerca del suicidio:

1. Modelos biológicos

- Hipótesis genéticas:

En esta teoría se encuentra una relación entre suicidio y herencia, explicándola mediante la transferencia directa de un problema mental o la posible transmisión genética de una propensión a estas conductas (Brent, 2005).

- Hipótesis neurobioquímicas:
Sabemos cómo la serotonina juega un papel importante en los estados de ánimo. Es el déficit de este neurotransmisor el que ha sido ampliamente estudiado como implicado en las conductas suicidas (Tobilla, 2012).
- 2. Modelos psicológicos (Ortega, 2016)
 - Teorías psicoanalíticas:
Iniciadas con la obra de Freud, recogen la idea de que el suicidio es causa de conflictos emocionales que llevan hacia un deseo de autodestrucción.
 - Suicidio como comunicación interpersonal:
Para algunos autores esta forma de comunicación a través del intento de suicidio era una manera de pedir ayuda, para otros era una conducta manipulativa en búsqueda de atención.
 - Suicidio como reacción al dolor psicológico:
Sostiene que el suicidio es una forma de escapar al dolor psicológico inaguantable producido por emociones negativas.
- 3. Modelos psicosociales
Son las teorías de Emile Durkheim las de mayor repercusión desde el punto de vista sociológico. Relaciona el suicidio con la interacción entre la sociedad y el individuo. (Durkheim, 1982)
- 4. Modelos actuales
Son llamados multidimensionales ya que recogen las ideas de los anteriores modelos unidimensionales para intentar no solo explicar el fenómeno sino predecirlo y prevenirlo. (Artiles, 2009)

2.1. Conceptualización y clasificación de los fenómenos suicidas

Desde el punto de vista científico, la noción del suicidio también ha variado con el paso de los años, inicialmente era considerado como un simple acto sin más implicaciones hasta reconocerlo como un proceso heterogéneo y complicado englobado en el concepto de conducta suicida.

La definición de Durkheim es una de las más conocidas ya que por primera vez se incluye la idea de la finalidad intencional "todo caso de muerte que resulte, directa o

indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado" (Durkheim, 1982).

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) analizando las observaciones y definiciones previas a cerca del suicidio y quiso establecer una definición común: "es un acto con un resultado fatal, que fue iniciado y realizado deliberadamente por el sujeto, con el conocimiento o la expectativa de su resultado fatal, y mediante el cual el sujeto tenía como objetivo realizar los cambios que deseaba" (Bille-Brahe, 1998)

Después del intento de generalizar una definición por parte de la OMS, se han seguido realizando nuevos intentos por parte de varios autores de su delimitación descriptiva y clasificación, pero con escaso éxito en el consenso de una sola, ya que, parece casi imposible englobar toda la complejidad del fenómeno en un solo axioma.

La conceptualización de la conducta suicida como vemos es un proceso difícil, establecer definiciones rígidas no es útil ya que se considera un proceso escalonado que va desde la ideación, pasando por distintos niveles de comportamientos hasta la consumación del acto.

La definición y clasificación de los distintos componentes del proceso suicida ayudan a precisar por etapas y al mismo tiempo conseguir un enfoque general más certero y completo.

Diekstra y O'Carroll fueron los precursores en describir el suicidio mediante este enfoque, el primero diferencia entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de la conducta. El segundo incluye además de las conductas los pensamientos, diversificando así entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente Silverman fue más allá sobre la clasificación de O'Carroll, completando los conceptos más importantes de las definiciones anteriores y añadiendo una nueva categoría que denominaron comunicación suicida, y que contiene la amenaza y el plan suicida y que se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Revisión de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al. Extraído de Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida)

Ideación suicida	a. Sin intencionalidad suicida	1. Casual 2. Transitoria 3. Pasiva 4. Activa 5. Persistente
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad	
	c. Con alguna intencionalidad suicida	
Comunicación suicida*	a. Sin intencionalidad suicida: 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II)	
	c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza Suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)	
Conducta suicida*	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada)	
	b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)	

Expongo las definiciones realizadas por Silverman ya que es la nomenclatura más extendida en la actualidad (Guía de práctica clínica, 2012):

- Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:
 - o Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
 - o Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:
 - a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.
 - b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

- Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
- Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
- Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.
- Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

2.2. La conducta suicida como un proceso

El momento último del suicidio no se produce simplemente como una medida extremista ante una situación puntual, sea del tipo que sea, la cual hace la vida insostenible para el individuo. Según Echávarri (2010) *“el acto suicida no es entonces una conducta que se improvisa, aunque en ocasiones se manifieste con claros matices de impulsividad, sino que puede irse gestando a lo largo de la vida del sujeto, de forma consciente o inconsciente”*, e interpreta que forma parte de la interacción de cuatro factores primordiales, los cuales se presentan desde la infancia y marcan la respuesta a los conflictos personales:

- Factores sociofamiliares
- Perfil de personalidad
- Contexto actual
- Elementos desencadenantes

Apoyo sociofamiliar

Varios estudios confirman que haber formado parte de una familia en la que las dinámicas en la convivencia eran conflictivas (situaciones de alcoholismo, consumo de tóxicos, enfermedad mental, marginalidad), o de otro tipo, como pérdidas (divorcios y separaciones difíciles, muertes), provocan ciertas lagunas y alteraciones en el desarrollo psicosocial influyendo en su capacidad de respuesta futura. (Echávarri, 2010)

En el mismo sentido también se encuentra una fuerte asociación entre haber sufrido maltrato o abusos sexuales en la infancia y el suicidio (Beautrais, 2005) (DeCou, 2016) (Easton, 2013).

Por otro lado, se ha estudiado la relación entre no tener pareja y la conducta suicida, concluyendo que es más estrecha entre las personas solteras, principalmente hombres y sin apoyo social. (Beautrais, 2005) (López, 2007). Diversos estudios también señalan como la violencia de género encuentra igualmente correlación con el suicidio, según expone Golding et al. (1999) las mujeres que soportan el maltrato de sus parejas tiene el doble de probabilidad de sufrir problemas mentales, entre ellas la conducta suicida, que las que no lo sufren.

Perfil de personalidad:

Conocer la personalidad de una persona suicida, sobre todo si llega a consumar el acto, es algo complicado, pero se sabe que en general son personas con deficiencias en la capacidad de autocontrol, impulsivas, con dificultades para las relaciones sociales, con tendencia a la rigidez cognitiva, menor capacidad resolutive ante los problemas (Beautrais, 2005). Otros como el perfeccionismo y la autocrítica y sobre todo la desesperanza, son los rasgos que con más fuerza se asocian al riesgo suicida (Beautrais, 2005) (Nock, 2008).

Como es conocido, los trastornos mentales están estrechamente vinculados a la conducta suicida especialmente la depresión mayor, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general, los trastornos psicóticos, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas y el trastorno límite de la personalidad (Beautrais, 2005).

Contexto personal

La sensación de abandono y soledad son sentimientos que irremediablemente invaden a las personas que piensan en suicidarse. Encuentran una falta de apoyo y de

comprensión por parte del entorno y de la sociedad, relacionadas con distintas carencias como falta de valores (religiosos y humanos), falta de vínculos afectivos, falta de posibilidades de establecer relaciones gratificantes, falta de interlocutores válidos con los que compartir pensamientos y experiencias (Echávarri, 2010).

Por otro lado, el efecto “contagio” o efecto Werther. Este tiene que ver con el efecto imitativo de la conducta suicida, por un lado, al encontrarse en una comunidad donde se ha producido algún caso y por otro a la influencia de las informaciones sobre este tema por parte los medios de comunicación. (Mesoudi, 2008) (Motto, 1970)

Encontrarse en una situación donde acceder a los medios para llevar a cabo el suicidio aumenta la probabilidad de formalizar la idea suicida. De este modo, son las armas de fuego el método más usado EE.UU., los plaguicidas en China y el ahorcamiento en el resto del mundo (Guía de práctica clínica, 2012).

Elementos desencadenantes

Acontecimientos dificultosos que ocurren a lo largo de la vida y que son sufridos por la mayoría de personas pueden ser el detonante de conductas autodestructivas, la humillación, tensiones en las relaciones interpersonales, el aislamiento social, separaciones matrimoniales, muerte de seres queridos, dificultades económicas, pérdida del empleo, problemas legales, además de otros escenarios vitales que producen sufrimiento, estrés y ansiedad, pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en aquellos individuos con ciertos factores de riesgo.

En niños y adolescentes el acoso escolar está relacionado con gran angustia lo que puede derivan en conductas suicidas (Barzilay, 2017) (Bang, 2017), al igual que en adultos el acoso en el trabajo (Pompili, 2008).

2.3. Epidemiología

En los años 70 la OMS comenzó a considerar el suicidio como un verdadero problema de salud pública y se empezaron a plantear estrategias para su control y prevención. Durante los últimos 50 años según estadísticas de la OMS, las tasas de morbilidad a causa del suicidio han incrementado en un 60%.

No es hasta 2013 cuando la OMS adoptó por primera vez un plan de acción sobre salud mental. En él forma parte importante la cuestión de la prevención del suicidio, que se marca como objetivo reducir un 10% para el 2020 las tasas de suicidio.

En 2014 se publica un informe por parte de la OMS, que ya desde el título, hace notar el peso del problema: “*Prevención del suicidio. Un imperativo global*”, en él se analiza durante el periodo 2000-2012 la situación con respecto al suicidio en todo el mundo y se dan estrategias de prevención. Los datos que arroja este estudio son abrumadores: En el 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres (WHO, 2014).

Algunos de estos datos más relevantes son recogidos en una llamativa infografía:



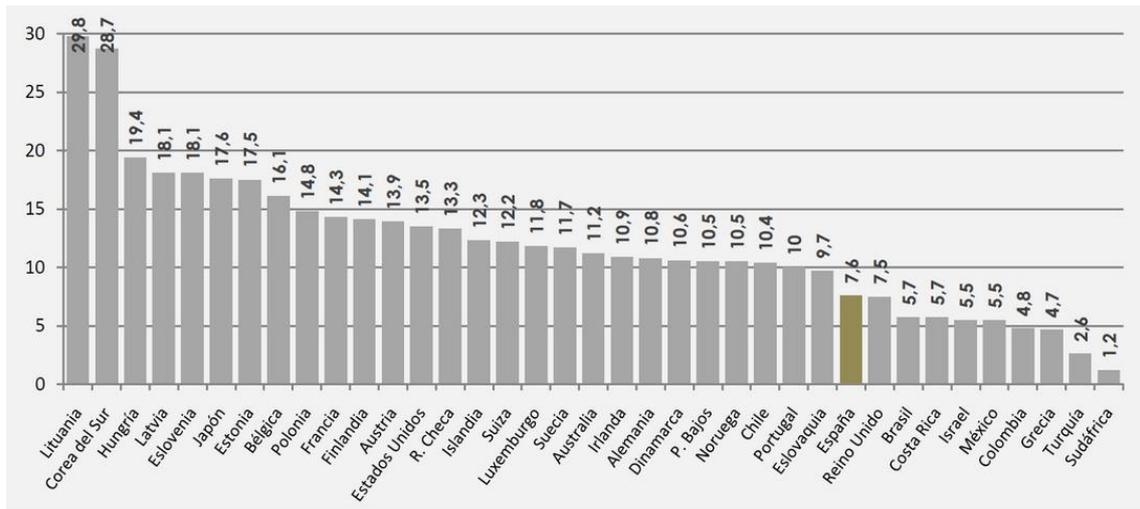
Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,53 millones y de 10 a 20 veces más personas realizarán intentos de suicidio, es decir aproximadamente una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos (WHO, 2014).

La zona del mundo con tasas de suicidio más elevadas es Asia Sudoriental. Se calcula que la mayoría de este tipo de muertes de todo el mundo se da en esta área, sobre todo en los países menos desarrollados económicamente. En el año 2012 el país con la tasa de suicidios más elevada era la India, seguido por China y la República de Corea en tercer lugar.

En la zona de Europa, los datos sobre el suicidio son también bastante elevados, encontrándose 6 países europeos entre los 20 primeros con las tasas de suicidio estimadas más altas de todo el mundo, entre ellos Lituania y los países nórdicos (WHO, 2014).

Grafico 1. Tasas de suicidio estandarizadas (por 100.000 hab.) en ambos sexos en el mundo en 2016.

Extraído de: fmse.es (2016) Observatorio del suicidio. <https://www.fmse.es/observatorio-del-suicidio-2016/espa%C3%B1a-suicidios-2016/>



Sin embargo, a pesar de todos estos datos que se dan como válidos, también se reconoce que en realidad están subestimados. Las estadísticas tan dispares que existen entre países hacen surgir la sospecha de que la tipificación de los casos puede estar variando de unos lugares a otros, por lo que la tasa real de suicidios es en realidad mayor a la que publican las estadísticas oficiales. Las causas de estos errores en la cuantificación varían entre (Mladovsky, 2009):

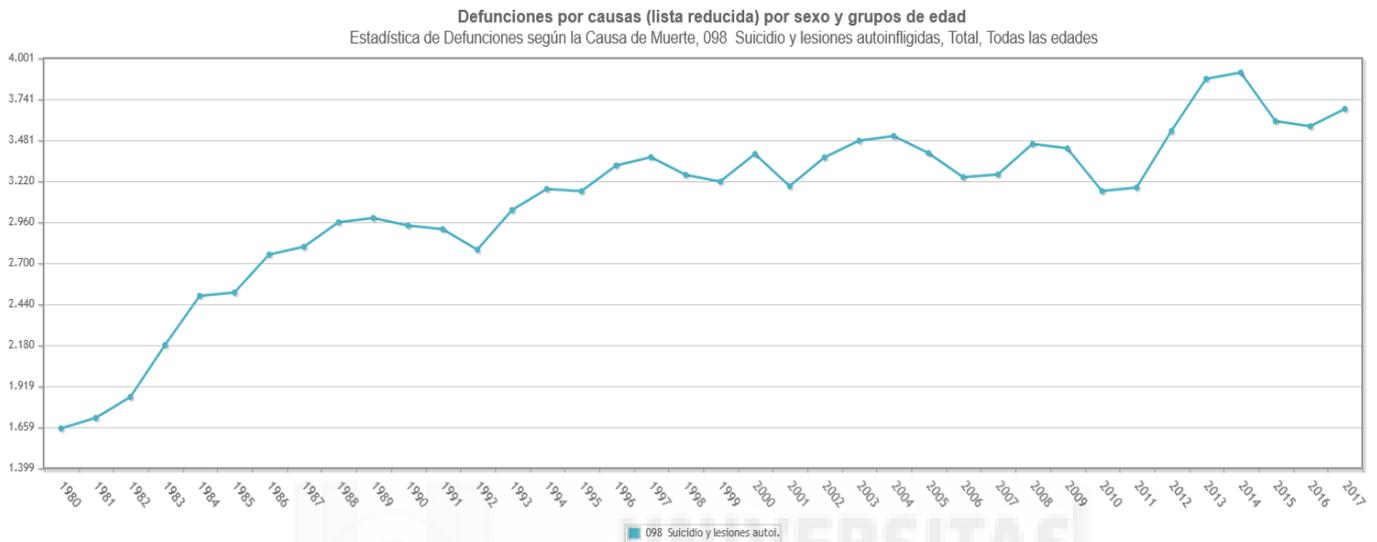
- Las dificultades para diferenciar entre suicidio, muerte por causas naturales, muerte accidental y homicidio
- Como vimos con anterioridad, la problemática de que no prevalece una definición de suicidio totalmente validada y generalizada
- Los desiguales procedimientos de reconocimiento y registro de los casos
- Las actitudes y las prácticas culturales de cada país hacia el suicidio que pueden llegar a obstaculizar la identificación de las causas de la muerte

2.3.1. El suicidio en España

Según los últimos datos del 2017 del Instituto Nacional de Estadística (INE), el suicidio se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 3.679 fallecimientos, un 3,1% más que en 2016, siendo los varones (78,09%), más del triple que en las mujeres (21,90%). España es uno de los países de Europa con unas tasas más bajas de suicidio, sin embargo, como se observa en el gráfico 2, la crisis económica, la evolución cultural y social y el aumento de la esperanza de vida hacen que se haya mantenido una evolución ascendente desde los años 80 para sufrir un repunte entre los

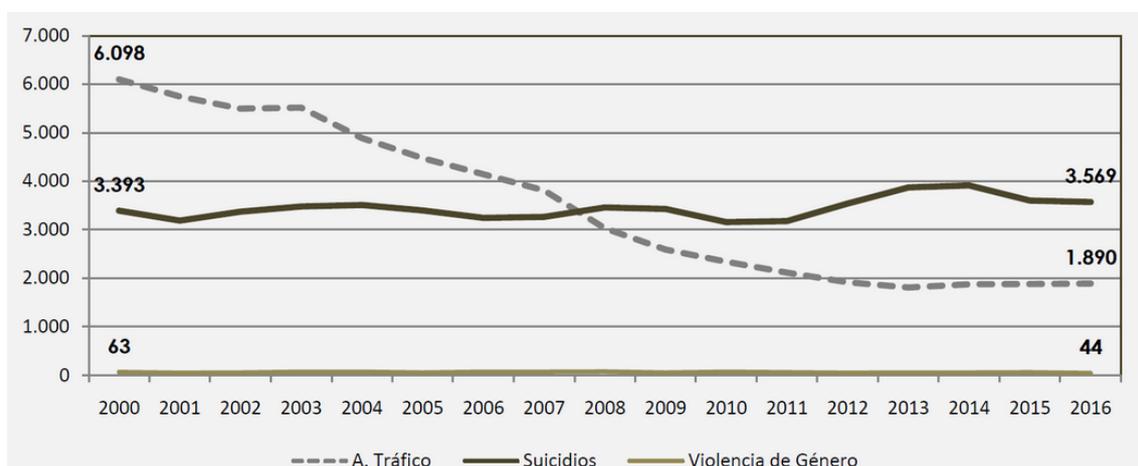
años 2012 y 2015. Se reconoce como los intentos de suicidio son difíciles de contabilizar, pero se calcula que se producen entre 50-90 por 100 000 habitantes/año. El método más frecuente es la intoxicación medicamentosa (Ruiz, 2006).

Grafico 2. Fuente INE



En 2017 en los hombres, la primera causa de muerte externa fue el suicidio con 2.718 fallecidos, siendo casi el doble que por accidentes de tráfico (1.507). En las mujeres el suicidio ocupa en tercer lugar con 961 casos. Como puede verse en el grafico 3, mientras que los accidentes de tráfico o las muertes por violencia de genero han sufrido una sustancial bajada desde principios de siglo, el suicidio se mantiene e incluso se incrementa, poniendo en evidencia la falta de planes de actuación frente a este fenómeno.

Grafico 3. Número de muertes por suicidio, accidentes de tráfico y violencia de genero. España, 2016. Extraído de: fmse.es (2016) Observatorio del suicidio. <https://www.fmse.es/observatorio-del-suicidio-2016/espa%C3%B1a-suicidios-2016/>



2.4. El suicidio en relación con el derecho

A lo largo de la historia como se ha visto el suicidio ha tenido distintas consideraciones también desde el punto de vista jurídico ya que era equiparado al homicidio y sobre el individuo si sobrevivía a la agresión o sus familiares, su patrimonio o incluso su cadáver si no lo hacía, recaían diferentes penas. Según (Andrés, 2003) “la formulación de este acto entendido como crimen es consecuencia de una concepción surgida en los primeros siglos del cristianismo”.

En la legislación española, hasta que se aprobó el Código Penal de 1848 el suicidio estaba tipificado como un delito; una ley del siglo XIV penaba el suicidio con la confiscación de bienes, salvo que el suicida tuviese herederos descendientes. (Roldan, 1987)

Con arreglo al artículo 15 de la Constitución Española de 1.978: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”. A pesar de la consagración del derecho a la vida como un derecho fundamental por nuestro texto constitucional, se ha planteado la controversia acerca de la disponibilidad sobre la propia vida.

Actualmente el artículo 143 del Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, establece:

- “1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.”

Así pues, una persona puede suicidarse y, si no lo consigue no se le castigará penalmente por ello, pero no puede ayudar a otro a hacerlo, ni convencerle para que lo haga, de lo contrario estará cometiendo un delito de inducción o auxilio al suicidio.

Para algunos autores, el hecho de que el suicidio no sea considerado un delito implica un cierto reconocimiento indirecto por parte de nuestro ordenamiento jurídico del derecho a la disponibilidad de la propia vida. (Díez, 1995)

En cualquier caso, a la falta de regulación legal expresa, solo existe jurisprudencia del Tribunal Constitucional (como la SENTENCIA 120/1990, de 27 de junio) que viene a considerar que la necesidad de proteger el derecho a la vida legitima la decisión de los tribunales de ordenar la alimentación forzosa de presos en casos de huelgas de hambre.



3. Psicopatología y ambiente laboral

Con el paso de los años, el trabajo ha pasado de ser de un medio solo para la subsistencia, a convertirse, en las sociedades contemporáneas, en una parte fundamental en la vida de sus integrantes. En la actualidad, gran parte de los sujetos empleados pasan la mayor parte de su tiempo dedicados a la actividad laboral, constituyéndose en otro elemento más de la propia identidad del individuo. El concepto de trabajo ha evolucionado, a través de él, los miembros de una sociedad consiguen la aceptación como componentes de pleno derecho, la integración en la realidad sociocultural y la autonomía individual mediante la independencia económica.

A esto hay que añadirle que el trabajo, es un espacio donde están presentes muchas de las situaciones más influyentes para el bienestar de los individuos. Las relaciones sociales, la percepción de control o falta de él, la competencia, la exigencia personal y empresarial, la adecuación del puesto a las capacidades, el sueldo, los horarios, la seguridad física, etc., son elementos que pueden alterar fácilmente el equilibrio emocional de las personas, por lo que estas condiciones laborales sumado a, como hemos visto, la importancia y dedicación actual al trabajo tienen un papel importante en el mantenimiento de una óptima salud mental (Fernández-Montalvo, 1998).

El reconocimiento de una protección eficaz de la salud de los empleados en su puesto de trabajo, además de una obligación básica del empresario, es un derecho tal y como se recoge en el art. 14 de la Ley de prevención de riesgos laborales (LPRL). El empresario debe garantizar la seguridad y salud de sus trabajadores, para ello debe controlar los posibles riesgos tanto físicos como psíquicos, eliminándolos o reduciéndolos al mínimo.

Aunque a veces los factores psicológicos dentro de las organizaciones son pasados por alto, estos son realmente importantes a la hora de valorar la salud, el bienestar y el grado de satisfacción laboral. También son los trabajadores los que, en ocasiones, desconocen que la salud mental es también objeto de protección y vigilancia y que se debe reclamar su cuidado.

3.1. Salud mental del trabajador

La salud mental según la OMS (Libro verde de la comisión europea sobre salud mental, 2005) “es un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad”. El concepto de salud hasta no hace mucho tiempo era definido como la contraposición a la enfermedad, sin embargo, en la actualidad, se prefiere completar la descripción con términos positivos como bienestar, armonía, satisfacción, etc.

La salud mental no es solo un concepto que se reduce a la esfera psicológica del individuo, valorado este desde una perspectiva holística, podemos ampliar el termino abarcando también la esfera física e igualmente a la social. La interrelación de todos componentes del ser humano hace que no se pueda valorar al sujeto desde un solo punto de vista, ya que cada esfera influye irremediabilmente en las otras.

Por tanto, la actividad laboral es una fuente de bienestar, realización personal y satisfacción, pero también puede serlo de desdicha y perdida de la salud, tanto si se posee un empleo como si se aspira a uno. El desempeño de un trabajo puede causar alteraciones en la salud, con la posibilidad de provocar directamente un trastorno mental o alteración psicológica o potenciando problemas de base del individuo (Fernández-Montalvo, 1998).

Cuando se rompe el equilibrio biopsicosocial del individuo a causa del trabajo se produce un profundo malestar, ya que experimenta sufrimiento tanto por el padecimiento de la enfermedad mental como por el problema que causa la insatisfacción laboral.

Las exigencias actuales, sobre todo en el plano psicológico, que soportan los trabajadores, derivadas de los avances y modificaciones que las condiciones laborales han sufrido a lo largo del tiempo, son cada vez mayores, siendo estas exigencias inversamente proporcionales a la evolución en el plano físico. Hablando en términos generales, a parte del nivel de complejidad, precisión y exigencia que requieren los nuevos sistemas de producción, el trabajador debe dar respuesta al funcionamiento exacto de los instrumentos de gestión y de trabajo, además de mantener una atención constante para evitar cometer errores que dada esta complejidad del sistema podrían ser comprometidos. Por todo ello, puede darse que en determinadas circunstancias algunas personas no toleren este complejo escenario sintiéndose sobrepasado en sus capacidades psicológicas (Cabral, 1988).

La evolución de los procesos laborales en muchos ámbitos como el sociodemográfico, económico, político y tecnológicos, dan lugar a estos cambios anteriormente referidos en las funciones del trabajador y que componen lo que se denomina riesgos psicosociales del trabajo, relacionados con la organización de la actividad laboral, y que se poseen un alto potencial para causar alteraciones mentales en el empleado que sufre alguno de ellos.

Sin embargo, aunque el origen de los posibles problemas de salud está en las situaciones de riesgo psicosocial sufridas en el entorno laboral, son dos los factores involucrados en la enfermedad causada por el trabajo, por un lado, la calidad de los componentes del trabajo desarrollado y por otro la predisposición individual de los sujetos. A este respecto hay que mencionar el concepto de vulnerabilidad. Las condiciones de trabajo pueden decantar la balanza hacia el lado de la enfermedad en personas con una susceptibilidad previa. La personalidad y destrezas que presentan los individuos, como resiliencia, capacidad de afrontamiento, habilidades sociales, etc., determinan en última instancia en la mayoría de los casos, que sean unos individuos y no otros en las mismas condiciones los que quiebren su salud (Mur de VÍu, 2011). Sin embargo, es habitual que el estresor al que se ve sometido el sujeto se mantenga en el tiempo, por lo que, aunque no se desarrolle una enfermedad, se está sometido a una tensión psicológica continua que rompe con bienestar de la persona.

Lo que es incuestionable es que con el paso de los años el tipo de enfermedades y accidentes laborales que se producen, se han visto transformados hacia los originados por los riesgos de naturaleza psicosocial. Estos cada vez están más presentes y se evidencia en que los podemos encontrar en el origen de gran parte de las situaciones de baja laboral, provocando diferentes problemas de salud o motivando una parte de los accidentes laborales (Rodríguez-Ortiz de Salazar, 2005).

3.2. Factores de riesgo psicosociales

Como se ha visto, en el ámbito laboral pueden darse multitud de riesgos, a parte de los físicos, que tienen gran potencial para alterar la salud mental de los trabajadores. Según el Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo (INSHT) estos riesgos psicosociales se definen como “aquellas condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionadas con la organización del trabajo y su entorno social, con el contenido de trabajo y la realización de la tarea y que se presentan con capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud (física, psíquica o social) del trabajador. Así,

unas condiciones psicosociales adversas están en el origen tanto de determinadas conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo como de determinadas consecuencias perjudiciales para la salud y para el bienestar del trabajador”.

Es por esto que se puede afirmar que las emociones, sentimientos, actitudes, ideas y ambiente pueden condicionar, en determinadas circunstancias, la salud física y psíquica de los trabajadores.

Cuando en una empresa la forma de organización y las interacciones psicosociales no son adecuadas, estas pueden dar lugar a problemas de falta de adaptación provocando una respuesta psicofísica de estrés, siendo estos factores de riesgo psicosociales.

Según Benavides (2002), los factores psicosociales cuando son factores con probabilidad de afectar negativamente a la salud y el bienestar del trabajador son factores de riesgo, es decir, cuando actúan como factores desencadenantes de tensión y de estrés laboral.

Es el estrés producido directamente por una actividad laboral el eslabón intermedio entre las condiciones laborales deficientes y las consecuencias en la salud del trabajador, ya sean físicas o mentales, ya que el estrés es capaz de activar elementos neurofisiológicos que repercuten tanto en la esfera mental como la física.

Clasificación de factores de riesgo psicosocial (INSHT, 2001):

- Relacionados con el ambiente físico:
 - el ruido
 - las vibraciones
 - la iluminación
 - la temperatura
 - la higiene del lugar del trabajo
 - la toxicidad
 - las condiciones climatológicas
 - la disposición del espacio físico

- Relacionados con la organización, contenido del trabajo y la realización de la tarea:
 - Sobrecarga cuantitativa o cualitativa de la tarea.
 - Pausas y descansos
 - Horario de trabajo.
 - trabajo a turnos y nocturno
 - Funciones y tareas
 - Ritmo de trabajo
 - Monotonía
 - Autonomía
 - Carga mental
 - Formación
 - Desempeño del rol
 - Responsabilidad
 - Comunicación en el trabajo
 - Estilo de mando
 - Participación en la toma de decisiones.
 - Condiciones de empleo
 - Desarrollo de la carrera profesional
- relacionados con las interacciones humanas
- Relaciones interpersonales

Pero además son otros, los llamados riesgos psicosociales emergentes los que en la actualidad tienen un peso creciente en la salud mental de los trabajadores debido a las condiciones presentes de trabajo. Estas son (Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007):

- Contrataciones precarias en el contexto de un mercado de trabajo inestable.
- Aumento de la vulnerabilidad de los trabajadores en el contexto de la globalización.
- Nuevas formas de contratación.
- Sentimiento de inseguridad en el empleo.
- Envejecimiento de la población trabajadora.
- Jornadas de trabajo largas.
- Intensificación del trabajo.
- Subcontratación, externalización y producción ajustada

Los factores de riesgo psicosocial tienen unas características que las hacen distintivos de otros riesgos del trabajo (Moreno, 2011):

- **Se extienden en el espacio y el tiempo:** No están circunscritos a un lugar concreto, son características generales de la organización difíciles de delimitar a un ambiente o momento concreto.
- **Dificultad de objetivación:** Uno de los problemas de los factores psicosociales es la incapacidad de los expertos elaborar una forma de medirlos de forma objetiva y en la actualidad se basan simplemente en la percepción subjetiva del trabajador.
- **Afectan a los otros riesgos:** la presencia de riesgos psicosociales provoca en la mayoría de ocasiones el aumento de los riesgos de seguridad, higiene y ergonomía y viceversa.
- **Tienen escasa cobertura legal:** la mayoría de los riesgos en el trabajo son evaluados desde una importante base legal, no obstante, la legislación actual referente a los riesgos psicosociales permanece en un plano superficial.
- **Están moderados por otros factores:** las situaciones de riesgo no influyen de la misma manera en todos los sujetos, sino que intervienen también de forma transcendental la personalidad y cualidades individuales.
- **Dificultad de intervención:** en la mayor parte de los casos existen soluciones técnicas para los riesgos de seguridad, higiene y ergonomía, sin embargo, para los riesgos psicosociales la mediación es tremendamente difícil, ya que abarcan la concepción global de la empresa, se necesitan de plazos largos de intervención y los resultados son inciertos.

En la tabla 2 se muestra cuales son según los estudios recientes, las múltiples consecuencias que todos estos riesgos psicosociales pueden producir en el bienestar del trabajador y en su relación con la empresa:

Tabla 2. Consecuencias y efectos de los riesgos psicosociales. Extraído de: (Moreno, 2011)

<i>CONSECUENCIAS/EFFECTOS</i>	
<i>Problemas relacionados con la salud</i>	Salud Física Salud Mental Consumo de sustancias Trastornos psicósomáticos
<i>Actitudes ante la empresa</i>	Satisfacción laboral Implicación laboral Conductas contraproducentes
<i>Tiempos de trabajo</i>	Rotación de personal Presentismo Bajas laborales Duración de las bajas
<i>Costes económicos</i>	Accidentes de trabajo Pérdida de materiales Rendimiento Productividad

3.3. Psicopatologías relacionadas con el trabajo

Los problemas funcionales organizativos en el trabajo, manifestados por los riesgos psicosociales pueden finalmente producir en las personas diversos tipos de patologías mentales. Todos estos problemas de salud no son solo sufridos por el propio trabajador, sino también el empresario por su potencial para ocasionar absentismo, bajas laborales, reducción del rendimiento, etc., además de suponer un elevado coste económico para los gobiernos, por estas mismas razones, El último informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (Gabriel, 2000), pone de manifiesto que, en la Unión Europea, entre un 3 y un 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental. Hay países en los que la jubilación anticipada por alteraciones en la salud mental está creciendo alarmantemente, hasta convertirse en la causa principal de la asignación de pensiones de incapacidad.

Este mismo informe formula como como en los últimos años se ha producido un aumento sustancial de las enfermedades mentales, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, las cuales pueden conducir hasta la hospitalización o la pérdida del trabajo

Tal es la relevancia de estas alteraciones a nivel individual, laboral y social que la OIT en 2010 realizó una nueva lista de enfermedades profesionales en la que se incluían por vez primera las enfermedades mentales y del comportamiento.

Entre las principales alteraciones derivadas del trabajo destacan el estrés, la depresión, la ansiedad y el burnout.

1. Estrés

El estrés producido por la realización de una actividad laboral es una de los problemas más estudiados desde la psicología del trabajo. El estrés se contempla actualmente como uno de los principales problemas que ponen en riesgo la salud y el bienestar de los individuos y que rompen con más facilidad el equilibrio de las organizaciones en los que se desarrolla el trabajo.

El estrés laboral surge cuando se da un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización. La persona percibe que no dispone de recursos suficientes para afrontar la problemática laboral y aparece la experiencia del estrés (Delgado, 1997).

Ante situaciones de desequilibrio y de amenaza para el organismo, este elabora un proceso adaptativo para minimizar los daños, en el, multitud de reacciones fisiológicas se desencadenan como son: el aumento de la frecuencia cardiaca, la elevación de la tensión arterial, tensión muscular, sudoración, respiración acelerada, secreción de hormonas y otras sustancias a la sangre, enlentecimiento de la digestión, reacciones mentales: cambios en la toma de decisiones, alteraciones de la percepción y reacciones conductuales como: acciones de escape, pasividad, bloqueo, oposición. Por tanto, esta repuesta del organismo al estrés, traslada al cuerpo a un estado de alerta y tensión para dar una respuesta adecuada ante las supuestas amenazas. Sin embargo, el mantenimiento prolongado de situaciones estresantes que empujan al organismo a realizar un sobreesfuerzo para elevar sus capacidades, conlleva un malestar, una desadaptación orgánica y una ruptura de la homeostasis que finalmente pueden desencadenar distintos tipos de enfermedades (Delgado, 1997).

Cuando un trabajador está sometido a situaciones de estrés, tiene dificultades para mantener su bienestar personal pero también problemas en mantener el equilibrio de su vida profesional. El sistema nervioso de las personas que están sometidas a estrés continuo en su trabajo se ve afectado, alterando las funciones cerebrales lo que va a producir también alteraciones a nivel conductual dando lugar a comportamientos disfuncionales y a prácticas no acostumbradas.

Las alteraciones más habituales en la esfera psicológica y conductual del trabajador a causa del estrés son (Delgado, 2007):

- Preocupación excesiva
- Incapacidad para tomar decisiones
- Sensación de confusión
- Incapacidad para concentrarse
- Dificultad para mantener la atención
- Sentimientos de falta de control

- Sensación de desorientación
- Frecuentes olvidos
- Bloqueos mentales
- Hipersensibilidad a las críticas
- Mal humor
- Mayor susceptibilidad a sufrir accidentes
- Consumo de fármacos, alcohol. tabaco ...

Por otro lado, el estrés también puede desencadenar multitud de reacciones somáticas y psicósomáticas que alteran la salud física y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas del organismo, algunos de los más comunes son (Delgado, 2007):

- Cefaleas
- Dolor crónico
- Insomnio
- Trastornos inmunológicos
- Gripe
- Herpes
- Falta de apetito
- Artritis reumatoide

2. Ansiedad

La ansiedad se puede dar como una manifestación al propio estrés, sin embargo, a diferencia de él, la ansiedad permanece incluso después de haber desaparecido el factor originario, además de perpetuarse síntomas como la preocupación o el miedo en situaciones en las que no existe amenaza alguna.

Por tanto, la ansiedad es un estado que se mantiene en el tiempo, invariable y agotador física y mentalmente.

Los estados de ansiedad están fuertemente vinculados a las situaciones de gran malestar en el trabajo, como demuestran múltiples estudios (Fan, 20015) (Bondie, 2008), impidiendo realizar las tareas de manera efectiva y causando gran absentismo e incapacidad laboral.

También son ya muchas las sentencias judiciales que consideran los trastornos por ansiedad sufridos a causa directa del trabajo como accidente laboral.

3. Depresión

La OMS estima que, de aquí a 2020, la depresión será la principal causa de incapacidad laboral. También afirma que en Europa son 1 de cada 10 personas aproximadamente las que sufren o han sufrido depresión a lo largo de su vida, dando

lugar a consecuencias en su puesto de trabajo como falta de atención, pérdida de memoria o dificultades a la hora de planificar y tomar decisiones, las cuales dejan una significativa huella en su desempeño laboral.

Según un metaanálisis que relaciona el entorno laboral y los síntomas depresivos, el desempeño de una actividad laboral puede originar un estado depresivo en el individuo a través de ambientes de trabajo desfavorables para el desarrollo personal, relaciones interpersonales dificultosas, excesiva responsabilidad y presión, expectativas laborales frustradas, etc. Al mismo tiempo, la depresión también está muy asociada a pérdida del empleo o la falta de él.

Las personas que sufren de depresión soportan síntomas que trasladan a su puesto de trabajo como una tristeza duradera e intensa, desmotivación laboral, cansancio, pérdida de interés, desconcentración, acentuación de los errores, distracción, etc. (Theorell, 2015).

En otra revisión bibliográfica (Ansoleaga, 2014), se analiza la relación entre las condiciones de trabajo y la depresión, según los resultados aquellos que soportan una fuerte presión y alta demanda, pero escaso control sobre su tarea, son los trabajadores con más propensión a sufrir trastornos depresivos.

Este tipo de patologías las podemos encontrar en un rango de entre el 65 al 90% de los suicidios consumados, por lo que la depresión se convierte en su primer precursor. Aunque la depresión es más habitual entre las mujeres, son los hombres los que realizan actos suicidas de forma más frecuente en una proporción de 3 a 1, aunque pueda parecer contradictorio, estos datos se explican por la mayor tasa de abuso de alcohol en varones, el cual es un factor de riesgo muy elevado también para el suicidio, el uso de métodos para causar la muerte más letales que las mujeres, los hombres tienden a ocultar los problemas mentales, sobre todo por depresión lo cual impide su correcto tratamiento y por último existen evidencias de que el embarazo, la lactancia y la crianza de los hijos intervienen como elementos protectores frente al suicidio. (Yip, 1998)

4. Burnout

Síndrome de quemarse en el trabajo o desgaste profesional es la consecuencia a un estado mantenido en el tiempo de estrés laboral que lleva a la persona a un estado de agotamiento emocional, de fatiga y desmotivación hacia su actividad laboral (Gabriel, 2002).

El burnout no es una alteración psicopatológica reconocida como tal, pero debido al gran acrecentamiento en el número de casos, las notables consecuencias individuales y laborales además de la repercusión a nivel legal que comienza a suscitar, se ha

convertido en un riesgo en el trabajo de primer nivel. Aunque pueda parecer un término similar al estrés, se diferencia de este en que la persona presenta mayores niveles de agotamiento emocional que derivan en una pérdida de la motivación.

Este síndrome ha sido principalmente estudiado en profesiones pertenecientes al sector terciario, en especial aquellas que se dedican a la interacción y atención de otras personas como son los ámbitos de la educación, la sanidad y bienestar social.

Este cuadro es causado principalmente por la insatisfacción y la frustración laboral, pero puede aumentar en complejidad adicionando otras carencias o dificultades laborales como el trabajo a turnos o un mal salario, en ocasiones, la negativa del trabajador a reconocer que sufren de un problema o el carácter insidioso que manifiesta (Moreno, 2011).

El burnout se exterioriza con cambios en todas las esferas del individuo, a nivel físico es habitual sufrir cefaleas, insomnio, alteraciones musculo-esqueléticas o cardiorespiratorias, a nivel psíquico aparece ansiedad, angustia, fatiga mental, comportamientos paranoides o agresivos y a nivel conductual se suele dar situaciones de absentismo, adicciones, distanciamiento emocional y conflictos laborales y familiares (Moreno, 2011).

5. Mobbing

El mobbing o acoso laboral se ha convertido hoy en día en uno de los riesgos en el trabajo con más repercusión en la vida de los trabajadores.

Desde que los medios de comunicación se hicieran eco del problema en interés y la preocupación social por el fenómeno ha ido en aumento además de alcanzar también el ámbito judicial con sentencias que consideran este tipo de acoso un delito.

El mobbing se puede definir como “una forma de comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores jerárquicos y subordinados, por el que la persona en cuestión es humillada y atacada varias veces, directa o indirectamente por una o más personas con el propósito y con el efecto de alienarla” (Moreno, 2011). Este tipo de agresión laboral se produce en la mayoría de ocasiones desde una o varias personas hacia un único individuo, que se ve sometido a una defensa y un hostigamiento constantes. Esta relación disfuncional se puede dar entre compañeros al mismo nivel, pero es habitual que se produzca entre un superior y su subordinado.

De este modo, el acoso en el trabajo frecuentemente trae consigo un clima laboral alterado y una baja productividad, disminución de la atención, despreocupación, etc.

Las relaciones interpersonales de la persona afectada tienden a sufrir un deterioro por la exclusión, el aislamiento social, el desprestigio y la propia desmotivación. Si la

situación se mantiene en el tiempo la persona termina soportando una serie de patologías y problemas psicosociales como estrés, depresión, angustia, ansiedad, manifestaciones psicosomáticas, disminución de la autoestima. Ante estos síntomas cuando la persona pide ayuda es diagnosticada de un problema mental ocultando la génesis verdadera del problema, acrecentado los sentimientos de minusvalía y focalizando el problema en sí mismo y no en el agresor (Peralta, 2004).



4. Caracterización del suicidio como accidente laboral

Hemos visto hasta ahora, existe una amplia evidencia a cerca de como la actividad laboral puede ser el foco causante de multitud de patologías, ya sea en la esfera física como psicológica del trabajador. En relación a esto, queda establecido el nexo entre estas patologías, principalmente mentales de origen laboral y la posibilidad de desencadenar una respuesta autolesiva. La OIT establece en el informe Estrés en el trabajo: Un reto colectivo (2016), que los suicidios conectados directamente con la actividad laboral han aumentado de forma considerable en la sociedad actual, sobre todo los relacionados con el acoso en el trabajo, la presión y exigencias psicológicas de la tarea, las dificultades de conciliación entre la vida laboral y la familiar, los problemas económicos (incluido el desempleo), el escaso control, la insuficiente capacidad de decisión y la falta de apoyo social.

Por tanto, como último paso abordaremos como puede ser el suicidio o intento de suicidio considerado desde el punto de vista legal, un accidente laboral.

La primera vez que en España se relacionó el suicidio con la actividad laboral fue en 1970, en una sentencia del tribunal supremo, en la que se establecía que el suicidio llevado a cabo por un trabajador tenía relación directa con el problema mental que desarrollo la persona a consecuencia de un trabajo anterior. Desde entonces han sido números las sentencias judiciales que dictaminan el nexo entre los actos suicidas y las condiciones sufridas en el trabajo. En realidad, desde ese momento lo que ha acontecido, es una división de las posturas de los Tribunales, con sentencias tanto a favor como en contra hasta llegar a nuestros días.

Establecer esta conexión entre trabajo y suicidio es una labor muy compleja. En primer lugar, terminológicamente hablando un accidente es un evento repentino, involuntario e indeseado, ocurrido en un momento determinado lo que a primera vista no concuerda con la idea de la voluntariedad de la conducta suicida, ya que rompe la relación de causalidad con el empleo.

La clave de este procedimiento es conocer si el acto suicida fue llevado a cabo de manera independiente, consciente y premeditada por parte del sujeto o, por el contrario, fue la consecuencia a una alteración psicológica que modifico el curso normal del pensamiento y de la conducta, no siendo entonces su propia voluntad sino la que dispuso una enfermedad. Gracias a esta vinculación, podemos catalogar los hechos como accidente de trabajo incluso si estos no se produjeron en el tiempo o lugar de trabajo. Por tanto, es labor de los tribunales esclarecer el agente causal de las

patologías mentales que llevan al trabajador al suicidio, para determinar si existe el nexo causal entre el trabajo y el acto suicida. Para simplificar esta búsqueda, hay algunos elementos que se aceptan como válidos para admitir este vínculo, como son: certificados médicos, notas de suicidio e informes sobre la situación de la empresa.

4.1. El accidente de trabajo

Es mediante la ley General de la Seguridad Social (LGSS) a través de la que regula en España la cuestión de los accidentes de trabajo, esta fue aprobada por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. Además de esta, legislan a cerca de las contingencias profesionales la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) y el 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.

Estas contingencias profesionales son establecidas y reguladas por el artículo 156 y 157 de la LGSS y son las que resultan de un accidente de trabajo y las enfermedades profesionales respectivamente. Por otro lado, la LPRL en su art. 4 establece que los daños derivados del trabajo corresponden a “las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo”. Por otro lado, es en el artículo 158 de la LGSS donde se establecen cuáles son los accidentes no laborales y las enfermedades comunes: “se considerará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo 156, no tenga el carácter de accidente de trabajo” y “Se considerará que constituyen enfermedad común las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto, respectivamente, en los apartados 2.e), f) y g) del artículo 156 y en el artículo 157.”

En el artículo 156 de la LGSS se dispone como accidente laboral “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena”. Esta definición se sustenta en 3 elementos:

La lesión, producida por un agente externo, la cual no solo abarca el daño físico sino también cualquier alteración psicológica, el trabajo por cuenta ajena y la relación entre lesión y trabajo, siempre y cuando se produzca “en ocasión o por consecuencia del trabajo”.

A esto hay que añadir que el punto 3 del artículo 156 de la LGSS se establece “se presumirá, salvo prueba en contrario, que son consecutivas de accidente de trabajo

las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo". Se considera tiempo de trabajo como el tiempo que pasa desde el inicio de la jornada laboral hasta su finalización. En este tiempo se incluyen los descansos, los cambios de ropa anterior y posterior o cuando se pernocte el centro de trabajo. En cuanto al lugar de trabajo, se considera todo aquel territorio en el que el trabajador desarrolla su actividad laboral, incluso aunque no sea el lugar habitual, en este punto se han reconocido a los vestuarios también como lugar de trabajo.

La presunción de la que goza el artículo 156.3 de la LGSS abarca no solo a las lesiones o accidentes repentinos y violentos producidas por un agente exterior, sino que además se incluirían enfermedades u otro tipo de alteraciones de los procesos orgánicos que se den en el trabajo, de esta forma, se incluyen aquí patologías como el infarto de miocardio, el infarto cerebral, etc., y aunque de forma más conflictiva que las anteriores, también se podría incluir al suicidio en esta categoría.

4.2. Psicopatologías, suicidio y ocupación

Desde el punto de vista estadístico, los datos que arrojan las encuestas europeas y españolas sobre la percepción que los trabajadores tienen de su salud, con respecto a su empleo no son favorecedoras. Los datos de los últimos sondeos muestran como el 22% de los trabajadores de los 27 países de la EU y el 27,9% de los trabajadores españoles afirman que su trabajo influye negativamente en su salud (VI encuesta europea de condiciones de trabajo, 2017).

Los problemas que más se mencionaron son el dolor de espalda (57,6%), el dolor de cuello o nuca (28,1%) y en tercer lugar el estrés (27,9%). En el Reino Unido en el año 2000 uno de cada cinco trabajadores se sentía extremadamente o muy estresado a causa de su trabajo.

En la encuesta nacional de condiciones de trabajo (2015), la cual se enmarca dentro de la anterior complementándola con una muestra española, lo que facilita el análisis individualizado para nuestro país, se detallan toda una serie de consecuencias psicosomáticas a causa del estrés en el trabajo, cuyos datos se estiman al alza. En ellos destacan que un 19,8% sufre de cansancio continuo, 17,6% expresa dificultades para conciliar el sueño, el 16,3% dice encontrarse tenso e irritable, un 12,9% padece dolores de cabeza, el 10,9% siente estar emocionalmente agotado, el 9,5% expresa bajo estado de ánimo.

Otros datos relevantes que se entresacan del estudio son que, el 20,4% de los trabajadores reconocen que siempre tienen trabajo en exceso, además un 18,9% de los

encuestados afirma que trabaja siempre o casi siempre muy rápido y el 13,7% con plazos muy estrictos o cortos. Los datos sobre acoso laboral se elevan hasta alcanzar un rango entre un 1,4 y un 2,9% y los que expresan sufrir violencia en el trabajo en un porcentaje del 2,2%.

Por otro lado, atendiendo a las estadísticas de la Seguridad Social a cerca de las bajas laborales por incapacidad temporal relacionadas con los problemas psicosomáticos, estas nos hacen fijar el punto de mira en la importancia creciente de las patologías mentales en los trabajadores españoles. Los datos que se pueden valorar hoy día, reflejan que las enfermedades mentales ocupan el tercer lugar de los problemas de salud que afectan a la población activa española, los problemas musculoesqueléticos y las enfermedades infecciosas se encuentran en el primer y segundo lugar respectivamente (Observatorio de riesgos psicosociales, 2010).

Del mismo modo, los problemas mentales son el segundo motivo de incapacidad permanente o de baja de larga duración. Como demuestra un estudio realizado en la comunidad de Madrid (Rodríguez-Ortiz de Salazar 2005), un 11,2% de los trabajadores indican alteraciones psicopatológicas como motivo principal de una incapacidad, de las cuales el 17,8% tiene como motivación directa el puesto de trabajo desarrollado. La edad a la que se producen estos problemas son de media los 43,5 años y las mujeres las que presentan un mayor porcentaje de incapacidad temporal a causa de problemas mentales, pero, por el contrario, son los hombres que sufren estos problemas, los que asocian con mayor frecuencia al trabajo al origen de su patología.

Entre los diagnósticos psicopatológicos más comúnmente presentes, son los trastornos de adaptación con un 39%, los trastornos mixtos ansioso-depresivos con un 27,7% y los cuadros depresivos con el 20,8% de los casos. Con respecto al perfil profesional que más manifiesta este tipo de patologías, son principalmente los puestos más cualificados, como directivos con un 41% de los casos, las categorías de técnicos científicos con el 30% y con un 27% los que ocupan puestos administrativos.

Como hemos referido anteriormente, este mismo estudio concluye que las patologías pertenecientes a la esfera mental del trabajador, son las que se encuentran en segundo lugar como causa de incapacidad temporal de larga duración, donde en 3 de cada 4 casos el periodo medio es mayor de 6 meses.

A la luz de todos estos datos, se puede afirmar como el estrés y las patologías mentales en la población trabajadora, son un problema de gran calado a nivel mundial, por las repercusiones y consecuencias que estas tienen en multitud de ámbitos sociolaborales y sanitarios. Además, todos estos problemas y riesgos psicosociales en

el trabajo, llevan en mayor o menor medida asociado el riesgo de suicidio, condicionados por la intensidad y duración del problema y la vulnerabilidad de la persona que los sufre.

Los actuales procedimientos laborales donde la competitividad, la productividad desmesurada, las dinámicas demoledoras, las cargas de trabajo excesivas, al igual que las exigencias del puesto de trabajo cada vez mayores, favorecen como hemos visto, el desarrollo del estrés en los trabajadores. Pero, aunque en todas las profesiones pueden darse dinámicas negativas y riesgo de padecer alteraciones en el bienestar del trabajador, según los investigadores existen algunos grupos laborales en concreto, más afectados por los riesgos psicosociales y a su vez por la posibilidad de actos suicidas. Es el estrés con el que se carga diariamente, la exposición a sucesos alarmantes o violentos que pueden favorecer casos de estrés postraumático, el acceso en el puesto a medios letales como armas, fármacos o pesticidas los que apoyan las conductas autolesivas con mayor frecuencia en determinadas profesiones (OMS, 2006).

Según este mismo trabajo, los grupos profesionales con mayor riesgo de suicidio son: los médicos y los empleos vinculados con la industria química y farmacéutica por la disponibilidad de sustancias letales; los consejeros, secretarios, abogados y maestros relacionado con las mayores tasas de depresión entre estos profesionales; los agricultores también tienen altas tasas de suicidio por la gran prevalencia de depresión, situaciones de tensiones en cuanto a la economía, aislamiento social, dificultades para disponer de los servicios de emergencia y el acceso a grandes cantidades de pesticidas y por último el grupo de las fuerzas de seguridad, sobre todo los que han sufrido algún tipo de trauma psicológico y los ya jubilados.

Además, también se remarca como el riesgo de suicidio especialmente alto entre aquellas personas que sufren de gran inseguridad laboral y desempleo.

Por otra parte, centrándonos concretamente en las estadísticas de los estudios en el sexo femenino, varían ligeramente con respecto a los datos de la población en general. En este caso son las trabajadoras de la salud como médicas y enfermeras y las que pertenecen al cuerpo militar las que mayores tasas de suicidio presentan, lo que relacionan con la presión sociolaboral y los conflictos familiares relacionados con el aumento de responsabilidades en el trabajo (Boxer, 1995).

Sin embargo, a pesar de la gran prevalencia de riesgos psicosociales y de problemas mentales en estas profesiones y en general entre la fuerza de trabajo de la mayoría de países, en realidad son pocos los suicidios que llegan a materializarse en el propio lugar de trabajo. En estudio que analiza esta situación en Estados Unidos, se

conoció que solo entre el 1 y el 3% de los suicidios que se consumaron en todo el país se produjeron en el trabajo, es decir, una tasa de 2,5 suicidios por millón de personas. La inmensa mayoría, cerca del 90% de los trabajadores que se suicidan en su puesto de trabajo son hombres y en cuanto los grupos de edad, son las personas más mayores. Sin nos fijamos en los medios empleados, en este mismo estudio se observa que el 58% de los hombres y el 40% usaban armas de fuego para quitarse la vida, lo que lo convierte en el método más usado, al menos en Estados Unidos (OMS, 2006).

4.3. Relación causal entre actividad laboral y suicidio

Como hemos visto, el suicidio, aunque con otros calificativos y distintas implicaciones, es un fenómeno que se encuentra documentado desde épocas primitivas, pero es recientemente en la edad moderna cuando se ha abandonado el concepto de acto monoaxial, perteneciente solo a la psicología del sujeto, y reconocido como un hecho multifactorial, en el que las condiciones socioeconómicas y ambientales en las que se ubica el individuo y los posibles problemas de índole psicológico, marcan el origen del proceso suicida.

Fue el francés Emile Durkheim el que a finales del siglo XIX aborda el tema del suicidio desde una perspectiva social. El autor estableció esta conexión mediante el análisis de los registros de suicidio en la Europa de su época encontrando un repunte durante los años de guerra y crisis económica, abriendo así la puerta a nuevos estudios y apreciaciones en las que la esfera laboral en la que se integraba el individuo podría ser directamente la causa de las conductas autolesivas (Durkheim, 1982).

Ya en el año 2010, fue cuando después de 19 suicidios, decenas de intentos y multitud de bajas laborales entre los empleados de la antigua empresa francesa *France Telecom* durante los años 2008 a 2009, cuando se relacionaron las condiciones opresivas ejercidas por la dirección de la empresa como las causantes de dichas muertes y trastornos (Basset, 2019). Esta compleja situación salto a la opinión pública a través de los medios de comunicación, conmocionando a la sociedad francesa y haciendo replantearse a los poderes públicos como las condiciones de trabajo actuales marcadas por el liberalismo económico donde priman los resultados y los beneficios en detrimento del trabajador, pueden quebrar la voluntad del individuo hasta las últimas consecuencias.

Por otro lado, se sabe que gran parte de las personas que presentan alguna alteración de su salud mental o que adolecen de una conducta suicida, no siguen un

tratamiento médico adecuado, incluso en los países en los que la asistencia médica es asequible y de calidad. Traspasando esto en datos se calcula que solamente uno de cada tres trabajadores que sufren depresión es tratado por un profesional de la salud mental. Uno de cada diez personas que necesitan tratamiento farmacológico para sobrellevar algún tipo de alteración psicológica a causa de su trabajo terminara haciéndolo. Sin embargo, de entre las personas que aun sufriendo un proceso depresivo y siguiendo un plan terapéutico adecuado, una gran mayoría tienden a reducir el tiempo de incapacidad y a expresar mejoría antes de tiempo para evitar alargar la ausencia y compensar el perjuicio que pudiera haber sufrido el empleador (OMS, 2006).

Los motivos por los que gran parte de los trabajadores no buscan ayuda o siguen un tratamiento adecuado, es principalmente la estigmatización que este tipo de problemas aún siguen provocando en la sociedad. Los trabajadores diagnosticados de algún tipo de enfermedad mental expresan discriminación en su puesto de trabajo, mayor limitación de su autonomía, un aumento de la supervisión de sus tareas, mayores dificultades para el ascenso y marginación y falta de apoyo por parte de los propios compañeros. Estas razones entre otras son las que motivan a los empleados a esconder su enfermedad entre compañeros y empleadores y, por tanto, intentan eludir reconocimientos médicos u otro tipo de asistencia, así como el seguimiento de un tratamiento (OMS, 2006).

Son sobre todo los hombres, los que rechazan la búsqueda de soluciones y junto con el uso de medios para el suicidio más letales y violentos explican porque las tasas de suicidio son mayores, también en el trabajo, entre hombre que en mujeres.

Aunque la depresión relacionada al trabajo sea un factor con alto grado de riesgo capaz de llevar al trabajador al suicidio, es cierto que los otros riesgos psicosociales ya referidos (burnout, consumo de tóxicos, acoso, sobrecarga de trabajo, reestructuración, amenaza de desempleo, etc.) igualmente pueden conducir al mismo resultado.

Con respecto a España, sabemos que las tasas de suicidio se habían encontrado históricamente entre las más bajas, sin embargo, desde finales del pasado siglo hasta la actualidad ha sufrido uno de los repuntes más acusados tanto de Europa como del mundo.

Según un estudio que analiza la evolución del suicidio en España (Ruiz-Pérez, 2006), en 1982 comenzó un notable aumento de los casos de suicidio hasta los primeros años de la década de los '90 manteniéndose estables durante los años siguientes, llama la atención que este aumento sea considerablemente más acusado entre los hombres que entre las mujeres. La explicación a este fenómeno la encontramos probablemente en los roles sociales de género y los cambios que empezaban a fraguarse en la sociedad

española con respecto a los papeles de hombres y mujeres. Por otro lado, el incremento de las muertes autoinflingidas entre los grupos de edad más jóvenes se relaciona con el abuso de drogas principalmente por vía parenteral y los casos de SIDA que se dieron en el país durante esos años.

Desde los años 90 hasta el inicio del nuevo siglo el incremento de los casos de suicidio al año siguió en progresión, pero ya de un modo menos acusado, no es hasta el año 2013 cuando de nuevo hay un repunte de los casos bastante llamativo. Estos son los años de la crisis económica mundial en la que España se vio especialmente afectada repercutiendo en todos los ámbitos social, laboral, económico, político, etc.

Las dificultades económicas y los problemas de apoyo social, parecen ser los principales responsables de la precarización del empleo y del aumento de los problemas mentales entre los trabajadores lo cual conlleva un desajuste socioeconómico que concuerda también con las estadísticas a cerca del suicidio. Durante estos años, España fue uno de los países de la Unión Europea con mayores tasas de paro y de contratación temporal e inestable, dos factores fundamentales para desestabilizar, más aún si se mantienen en el tiempo, la salud mental de los trabajadores. Otros factores como el individualismo de las sociedades actuales, las exigencias crecientes en el trabajo y dentro de la comunidad, el cambio de rol de la mujer en el mercado laboral pero también dentro de la familia, la falta de conciliación laboral y familiar tanto de hombres como de mujeres, etc., acrecientan también los problemas psicosociales y hacen que las tasas de suicidio se mantengan estables pero elevadas.

4.4. Implicaciones legales

Conocer si las enfermedades o accidentes sufridos por el individuo, tienen un origen relacionado con la actividad laboral, es fundamental desde el punto de vista legal para distinguir las de las llamadas enfermedades comunes, ya que, el tratamiento prescrito para unas y otras es distinto según la LGSS, siendo los eventos relacionados con la actividad laboral más ventajosos para el empleado, ya que gozan de mayor protección, por lo que la distinción entre ambos es llevada a cabo en muchas ocasiones por los tribunales, ya que las consecuencias de la identificación como evento laboral o como enfermedad común tiene amplias diferencias y resultados tanto para la empresa como para el empleado. Por todo esto, existe también un gran desacuerdo administrativo en torno al complejo fenómeno del suicidio, ya que es difícil categorizarlo y no se adapta bien a ninguna definición legal.

Como hemos visto, es el artículo 157 de la LGSS, el que califica la enfermedad profesional, entendiendo la que es adquirida a consecuencia de la actividad laboral por cuenta ajena, pero especificando solo aquellas que se encuentran en un cuadro aprobado para tal fin.

Este cuadro que se encuentra en el Real Decreto 1299/200625 enumera las patologías que se puede categorizar como enfermedad profesional, sin embargo, este método de clasificación dentro de una lista previamente establecida, es bastante limitante a la hora de evaluar otro tipo de alteraciones, ya que existen multitud de patologías que aún no están incluidas y que, sin embargo, si puede caracterizarse como accidente de trabajo como son la ansiedad o el estrés.

Dentro del cuadro de las enfermedades profesionales, las patologías mentales no se encuentran incluidas, y por tanto nunca una alteración mental podría ser caracterizada como tal, sin embargo, según el artículo 156 de la LGSS si se demuestra que esta está provocada exclusivamente por la actividad laboral, puede ser considerada como accidente de trabajo.

Con lo expuesto hasta el momento, conocemos que los accidentes y enfermedades que se producen en el tiempo y lugar de trabajo son considerados como accidente de trabajo, es quien quiera demostrar la situación contraria el que debe aportar las pruebas correspondientes para desvincular dichos eventos con el empleo. Esta situación se denomina presunción *luris Tantum*, es decir, esta presunción concede demostrar lo contrario, siendo el papel del solicitante, pudiendo ser una mutua, la empresa o el estado, encontrar dichas pruebas que permitan no incluir los hechos como accidente de trabajo.

Sin embargo, la jurisprudencia tiene dificultades a la hora de catalogar las enfermedades mentales ya que estas no suceden en un momento concreto, sino que tienen un origen vago y un desarrollo que puede ser lento incluso pueden diagnosticarse mucho tiempo después de estar padeciéndolas, por tanto, se convierte en una tarea dificultosa probar el origen laboral de estas alteraciones. Por otro lado, mientras que las lesiones físicas producidas en un accidente de trabajo al uso, el único origen es el trabajo, las enfermedades sí podrían haber sido padecidas incluso si la relación laboral no existiera o previamente a esta, lo cual complica enormemente su clasificación.

Otra situación igualmente problemática para la jurisprudencia sucede en el caso del suicidio, como sabemos la intención de quitarse la vida es el elemento central de la definición de suicidio, pero puede haber casos en el que las motivaciones o intenciones

no estén tan claras, excepto si estas han sido dejadas por escrito previamente, podría darse el caso que el suicida no tuviera realmente intención de matarse, por tanto resulta complicado desde el punto de vista legal entablar una relación directa entre el suicidio y la definición formal de accidente de trabajo.



5. Reconocimiento judicial del suicidio como accidente de trabajo

Como hemos visto hasta ahora, hallar el nexo causal entre el evento producido y la actividad laboral es la clave para la consideración de accidente de trabajo, para ello la jurisprudencia ya ha marcado las líneas en lo que podemos considerar o no motivado directamente por el puesto de trabajo.

Por ejemplo, el caso del infarto de miocardio, existen bastantes casos en los que la doctrina admite la laboralidad cuando el problema se produce en el tiempo y lugar de trabajo, además, es la empresa la que debe aportar las pruebas de que la complicación no se ha producido a causa de la actividad. Desde el punto de vista médico este tipo de patologías no tienen por qué estar causadas por el trabajo, sin embargo, se reconoce como, las condiciones en las que se realiza la actividad laboral, pueden desencadenar enfermedades cardiacas, "cuando estamos ante una enfermedad manifestada en tiempo y lugar de trabajo, la presunción únicamente quiebra, nos dicen numerosas sentencias, cuando por su propia naturaleza la enfermedad excluya la etiología laboral, o bien porque se deduzcan hechos que desvirtúen dicho nexo causal. Y, en este contexto, lo cierto es que en los últimos años es harto difícil encontrar alguna sentencia que no presuma cierta etiología laboral del infarto de miocardio, la angina de pecho o el infarto cerebral cuando se produce en lugar y tiempo de trabajo" (Luque,).

Lo mismo ocurre en el caso de las enfermedades mentales, en las que es difícil determinar la etiología exacta debido a su origen insidioso, su larga evolución o el estigma que conllevan. En la mayoría de los casos el suicidio sucede a consecuencia de prolongarse en el tiempo este tipo de enfermedades o problemas psicosociales y es fundamental determinar si estas alteraciones han sido causadas o no por el trabajo.

En España hasta los años 70 no encontramos ningún caso en el que se reconociera el suicidio como accidente de trabajo, las motivaciones que se alegan en contra están relacionadas con la no presencia de una relación directa entre el acto voluntario de quitarse la vida y el trabajo que se llevaba a cabo, "Las sentencias del Tribunal Supremo dictadas hasta finales de los años sesenta suelen descartar automáticamente la calificación a efectos de Seguridad Social del suicidio del trabajador como accidente de trabajo, cualesquiera que sean sus circunstancias, incluido el suicidio consumado en tiempo y lugar de trabajo" (STSJ Cataluña 11-04-2014, Rec. Sup. 2848/2014).

Fue en una sentencia de la sala de lo Social del Tribunal Supremo del 29 de octubre de 1970, donde por primera vez se relaciona el suicidio de un trabajador directamente motivado por su trabajo, "identificando como causa eficiente del suicidio un trastorno mental de tipo depresivo derivado de una larga hospitalización por accidente de trabajo y de repetidas intervenciones quirúrgicas".

A partir de entonces los juristas se abren a otras interpretaciones y entran a valorar los distintos elementos de la vida y el trabajo de la persona que circundan a las conductas de autolesión, como pueden ser los problemas psicosociales o enfermedades mentales relacionadas con la actividad laboral. Sin embargo, no todas las sentencias han sido favorables, por ejemplo, poco tiempo después, el 15 de diciembre de 1972 en una sentencia también el TS, se desestima la consideración de accidente de trabajo por entender que la privación voluntaria de la vida se corresponde con la prueba en contrario.

Desde entonces, los fallos judiciales han ido variando, sobre todo en función de la presencia o no de ciertas circunstancias que validan el nexo causal entre suicidio y trabajo, como son la presencia de enfermedad mental y su posible etiología laboral, que arrastra la decisión suicida.

5.1. Consideraciones de las resoluciones judiciales

Las sentencias que califican el suicidio como accidente de trabajo, lo hacen en apoyadas fundamentalmente en varios supuestos legales:

- La presencia de una patología de etiología laboral

Según el artículo 156 de la LGSS se considera accidente de trabajo las enfermedades causadas de forma directa por el trabajo y que no se encuentran clasificadas en el cuadro de enfermedades profesionales según el artículo 157 de la LGSS. La justificación del suicidio a través de la psicopatología, se basa en la presencia de cuadros depresivos u otras patologías mentales que pueden desencadenar la ideación suicida, siempre y cuando no existieran alteraciones psicológicas con anterioridad, ya que podría eliminarse la causalidad directa y única del trabajo.

Por otro lado, debe existir un diagnóstico médico como tal donde se pueda establecer la relación entre la salud mental del trabajador y su actividad laboral.

También son causa justificada la presencia de circunstancias laborales precarias o dificultosas que pudieran ser facilitadoras de alteraciones psicopatológicas en el

trabajador, además de los propios actos del suicida como las notas de suicidio u otras manifestaciones donde se dejan esclarecidas las motivaciones de su conducta.

- La aplicación de la presunción de tiempo y lugar

Mediante la presunción iuris tantum que queda establecida en el artículo 156 de la LGSS, se presume que la situación de conflicto ocurrida en el tiempo y lugar del trabajo sea calificada como accidente laboral. En el caso del suicidio esta presunción puede ser debilitada por el hecho de la voluntariedad del acto de autolisis, aunque es difícil en estos casos encontrar la intencionalidad en la ubicación en la realización de un acto desesperado, se vuelve a apoyar la doctrina en la existencia de una patología mental o situación de estrés relacionada con factores laborales, la cual debe ser valorada de forma primordial.



6. Resultados

En este punto se analizan algunas de las sentencias judiciales emitidas por el Tribunal Supremo o por Tribunales Superiores de Justicia de las Comunidades Autónomas, en relación a la caracterización del suicidio como accidente de trabajo, esclareciendo los argumentos judiciales mediante los que se justifica como los riesgos psicosociales sufridos en el trabajo, pueden arrastrar a la persona hasta un contexto donde el suicidio sea la única respuesta.

- Sentencia Nº 6644/2002, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 21 de Octubre de 2002

En esta sentencia se desestima el recurso interpuesto por la mutua y confirma una sentencia previa en la que se calificaba como accidente de trabajo la muerte de una doctora que se precipitó al vacío durante su jornada de trabajo en el hospital, quedando desvirtuada por prueba en contrario la presunción legal que establece el art. 115.3º de la Ley General de la Seguridad Social cuando el hecho se produce en el tiempo y lugar de trabajo.

La víctima solicitó ayuda a la psicóloga del mismo centro la cual le recomendó acudir al servicio de psiquiatría, posteriormente fue valorada por un psiquiatra el cual le diagnosticó un cuadro de angustia, ansiedad y temor para enfrentarse con el trabajo, indicándole un tratamiento farmacológico antidepresivo y ansiolítico.

Queda claramente establecido en el auto como la muerte es consecuencia de la "intensidad horaria y de la especialidad médica, se había producido en la finada una fuerte carga emocional y de tensión", "el fallecimiento tuvo una clara relación causal con la prestación de servicios como médico residente" debido a "la sobrecarga física y psíquica que tenía que soportar la finada en el desarrollo de sus obligaciones laborales".

Por último, el juez pone de manifiesto el criterio que se viene estudiando de que "el suicidio puede considerarse como accidente de trabajo, cuando queda probado que la situación emocional determinante de esta decisión se encuentra directamente relacionada con las condiciones laborales del trabajador que adopta tan drástica medida fruto de la angustia y tensión que su vida laboral le produce".

- Sentencia Nº 2848/2014, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, de 11 de Abril de 2014

En este pronunciamiento se trata el caso del suicidio de un guarda forestal encargado del control de una determinada área en la lucha contra incendios. Esta persona se quitó la vida fuera de su lugar de trabajo, pero dejando una nota manuscrita en la que relacionaba su acto con la angustia que le producía un incendio anterior por el que se sentía señalado. Se recoge por el juez como esta circunstancia había afectado profundamente el estado de ánimo de la víctima, llegando a acudir al médico que le realizó un diagnóstico de ansiedad relacionada con el trabajo y poniéndolo en tratamiento farmacológico.

Como se expone en el acta “partiendo de esos presupuestos fácticos, como quiera que el suicidio no aconteció en el lugar y tiempo de trabajo, es necesario demostrar que el estado de ánimo que sufría el fallecido y que fue el desencadenante de la autolisis, tenía su causa última a consecuencia de su trabajo y responsabilidad respecto del incendio de Calvinyà, de forma que si la causa de la sintomatología ansiosa moderada es laboral estaremos ante un accidente de trabajo, como declaró la STS de 29/10/1970, y si, por el contrario, ese cuadro no puede imputarse directamente al trabajo o, al menos, estimarse agravado por la situación laboral, no sería procedente la calificación de accidente laboral”.

En este caso se reconoce el recurso que la viuda del fallecido interpuso a la sentencia previa, revocando esta y reconociendo el acto como accidente de trabajo. Para ello se basa en los supuestos anteriores y en que la persona nunca antes de la concurrencia de estas circunstancias estresoras había estado en tratamiento psicológico ni sido diagnosticado de ningún tipo de patología mental, además se tuvo en cuenta las notas encontradas junto al cadáver y las declaraciones de los allegados concluyendo que “el cuadro ansioso moderado tiene origen reactivo y se desencadena a raíz del incendio de Calvinyà en que participa, de modo que su elevado grado de profesionalidad, responsabilidad y autoexigencia le superó emocionalmente hasta el punto de decidir poner fin a su vida (F.D. sexto p. 1º), por lo que el origen de su problema psíquico está relacionado con el trabajo (tiene su causa última en el mismo), estimándose que ha quedado acreditada la existencia de un nexo entre el acto del suicidio y su estado de ansiedad”.

- Sentencia Nº 5452/2005, de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, de 25 de Julio de 2007

En este caso se desestima el recurso interpuesto por la mutua y que no encuentra contradicción en el nexo causal en caso de suicidio del trabajador a efectos de calificación de accidente de trabajo. Los antecedentes que se exponen son de un

trabajador de mantenimiento en un centro penitenciario el cual mantiene malas relaciones con los compañeros, dificultades de adaptación, ansiedad, baja autoestima, e ideas angustiosas relacionadas con el empleo además de pensamientos autolíticos llegando a consultar con el especialista en salud mental hasta en dos ocasiones siendo diagnosticado en ambos casos de episodio depresivo y puesto en tratamiento farmacológico. Poco tiempo después el trabajador puso fin a su vida en el tiempo y lugar de trabajo mediante ahorcamiento.

Las cuestiones jurídicas que plantean aquí los recursos son a “si alcanza o no a estos supuestos de suicidio del trabajador, y en qué circunstancias, la presunción de liberalidad establecida en el art. 115.3 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), respecto de las lesiones producidas en el lugar y tiempo de trabajo (..) y la ruptura o no del nexo causal entre el trabajo y la muerte autoinferida por el trabajador en virtud del art. 115.4 LGSS”

Consta con claridad en los hechos de la sentencia recurrida que el trabajador que decidió quitarse la vida había acudido al médico para tratamiento de depresión en dos ocasiones, segunda consulta médica, próxima al acto suicida que tuvo lugar el 5 de agosto de 2004, se diagnostica, según consta literalmente de "episodio depresivo mayor recurrente", "con desencadenante laboral, presentando muy baja autoestima, inseguridad, rumiaciones obsesivas acerca del trabajo y refiriendo mala relación con algunos compañeros".

Por tanto, basándose en lo establecido históricamente por la jurisprudencia desde los años 70, donde no se desestima automáticamente el accidente laboral y se valora individualmente “la conexión existente en cada caso concreto entre la conducta de suicidio y las circunstancias del trabajo prestado, la conclusión obligada es que no se da en el presente caso la contradicción cualificada de sentencias a la que se refiere el art. 217 de la Ley de Procedimiento Laboral”.

- Sentencia Nº 2491/2011, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 22 de Septiembre de 2011

En este caso nuevamente se desestiman los recursos interpuestos por la mutua a la sentencia previa que confirmaba el suicidio como accidente de trabajo. Los hechos consisten en el suicidio de un conductor de una empresa de autobuses, este durante su jornada de trabajo y conduciendo el propio autobús de la empresa sin pasajeros, salió de su ruta estacionando en un área de descanso llamando a los servicios de emergencia explicando que se encontraba desorientado y en un estado de gran nerviosismo y excitación, comprobándose después que no se encontraba bajo los efectos de tóxicos.

La persona acudió al médico iniciándose un proceso de incapacidad temporal pero poco tiempo después se produjo un intento autolítico con resultado fatal en su propio domicilio.

Previamente a los hechos este trabajador necesito acudir a varios especialistas médicos después de sufrir una crisis de ansiedad a consecuencia de un accidente de tráfico durante su trabajo y posteriormente por diversas dolencias de carácter gástrico que se relacionaron con el estrés laboral y que precisaban según los facultativos de una readaptación del puesto de trabajo que regularizara los horarios de comidas. Además, también se vio envuelto en un proceso penal y el disciplinario por parte de la empresa por su participación durante una huelga.

Es llamativo que, durante un periodo de conflictividad laboral en la empresa el cual motivó la huelga, el trabajador tuvo un proceso de incapacidad temporal, con diagnóstico de ansiedad y que fue catalogado como enfermedad común, y que, sin embargo, el juez relaciona también con su actividad laboral, ya que nunca había sido tratado por ningún tipo de alteración mental hasta ese momento.

Por todo ello se concluye, “por la vía del artículo 115.1 de Ley General de Seguridad Social , por considerar la enfermedad mental del trabajador que le llevo a quitarse la vida, como derivada directamente del quehacer laboral por aplicarse la presunción que tal norma contiene al no haberse acreditado que causa distinta a la del trabajo produjera la dolencia que le llevo al suicidio, bien por la vía del artículo 115.2 e) de la misma ley ,entendiéndose que la dolencia mental que padecía el trabajador y que le llevo a quitarse la vida fue contraída por la realización del trabajo y tuvo por causa exclusiva la ejecución de este, se desprende que el fallecimiento del trabajador deriva de accidente de trabajo”.

- Sentencia Nº 603/2009, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura, de 14 de Diciembre de 2009

En este caso se trata el suicidio del trabajador de una empresa de construcción, la cual pasaba por dificultades financieras y se toma en consideración como accidente de trabajo, a pesar de que no se produjo en tiempo o lugar de trabajo, debido a la situación de depresión que padecía a consecuencia de las condiciones laborales y se destaca como el síndrome de burnt out que soportaba el trabajador como el motivador principal de su conducta.

Así se explica en la sentencia como “ante la notoria situación de crisis del sector en que actúan las empresas miembros de la Asociación para la que prestaba servicios, se encontraba impotente para solucionar los problemas de las

asociadas, lo cual puede considerarse como lo que viene denominándose síndrome del quemado (...), -se trata de un síndrome de agotamiento físico y mental intenso, resultado de un estado de estrés laboral crónico o frustración prolongado y que según tanto la Psicología del Trabajo como la Medicina Forense se trata de un trastorno de adaptación del individuo al ámbito laboral cuya caracterización reside en el cansancio emocional (pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento y fatiga emocional)-, para considerarlo como una de las enfermedades del trabajo que el apartado 2.e) del art. 115 LGSS considera como accidente de trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo y aquí, se repite, no consta ningún problema económico o familiar, es decir, extraño al trabajo, que provocara la enfermedad y ni siquiera constan antecedentes de la misma anteriores a la situación provocada por el trabajo”

Se concluye que no existe ninguna duda en la relación existente entre el acto de quitarse la vida y las alteraciones mentales que sufría a consecuencia de su puesto de trabajo.

- Sentencia Nº 65/2019, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 10 de Enero de 2019

Por último, en una de las resoluciones más recientes, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA), ratifica la sentencia previa del juzgado de Almería que consideraba accidente laboral el suicidio de un empleado de banca después de mantener un conflicto con un cliente.

Los hechos consistieron en que el trabajador mantuvo una gran discusión con un usuario en relación a un ingreso de dinero, después de este primer encuentro el cliente volvió a la oficina profiriendo insultos hacia el trabajador ante lo cual este advierte que si continua esa actitud llamaría a la policía. Ante el estado de gran nerviosismo y afectación del empleado la interventora de la entidad le indicó que se mantuviera en un despacho a parte hasta que se calmara, sin embargo, al poco tiempo salió hacia la calle subió a la azotea de un edificio colindante y se arrojó al vacío.

La resolución reafirma el criterio del juzgado de Almería que establecía que "resulta probada la existencia de una situación de conflicto laboral previo al momento del suicidio, como es la discusión con el cliente, que le provoca una situación de estrés", sin que corresponda a los tribunales "hacer juicios de valor sobre la proporcionalidad o no de la reacción" del empleado.

En este sentido, la sentencia menciona que "si bien es cierto que la presunción de liberalidad (de un accidente ocurrido en el lugar de trabajo) puede ser enervada por el

carácter voluntario que tiene normalmente el acto de quitarse la vida, no es menos verdad que el suicidio se produce a veces por una situación de estrés o de trastorno mental que puede derivar tanto de factores relacionados con el trabajo como de factores extraños al mismo".



7. Discusión

A través del análisis de las condiciones psicosociales en el trabajo, he podido profundizar en un cambio de tendencia en los últimos años de los tipos de patologías que afectan a los trabajadores, pasando desde enfermedades y lesiones pertenecientes a la esfera física, a un aumento exponencial de las patologías de tipo mental o psicosocial (Rodríguez-Ortiz de Salazar, 2005), lo cual es bastante significativo como para replantear muchos aspectos de la prevención de riesgos en las empresas. Las condiciones en las que se desarrolla el trabajo pueden favorecer la presencia de ciertos factores de riesgo que determinan en muchas ocasiones la salud tanto física como psicológica del individuo, estos riesgos psicosociales en el trabajo aparecen sobre todo en ambientes laborales desfavorables, ante una mala organización del trabajo, ante situaciones de alta competitividad e inestabilidad laboral y problemas de interacción entre compañeros (Fernández-Montalvo, 1998), (Cabral, 1988).

Todos estos factores de riesgo psicosocial traen consigo la posibilidad de arrastrar al trabajador hasta situaciones de frustración, ansiedad, depresión, enfermedades psicosomáticas, tristeza, desesperanza y fracaso en el proyecto de vida, entre muchas otras alteraciones que pueden conducir al individuo hasta incluso la autolisis (Routley and Ozanne-Smith, 2012).

El fenómeno de suicidio, al igual que los riesgos psicosociales pueden estar presentes en cualquier tipo de trabajo, pero según los estudios son aquellos de sectores como la sanidad, la educación o las fuerzas de seguridad los que se ven más afectados (OMS, 2006).

Parece evidente que la realización de nuevos protocolos frente a los riesgos psicosociales es necesario y recomendable, no solo para la atención del trabajador desde una perspectiva biopsicosocial sino para prevenir y favorecer una adecuada salud mental a nivel social.

El suicidio es un problema mundial que cada vez cobra de más importancia y que no tiene una única motivación o proviene de un momento arrebatado de enajenación, sino que es la consecuencia de una serie de alteraciones del bienestar mental de la persona, de circunstancias desfavorables y de condiciones personales que pueden ser de naturaleza genéticas, psíquica, social, filosófica o cultural, entre ellas se encuentra el trabajo, el cual es una parte fundamental, tanto en tiempo que se le dedica como en importancia que tiene la vida de los individuos (Brent, 2005; Tobilla, 2012; Ortega, 2016; Artilles, 2009).

Según las estadísticas elaboradas por la OMS tanto mundiales como en lo referente a la población española, el número de suicidios ha crecido en los últimos años (WHO, 2014; Ruiz, 2006), alcanzando cifras tan significativas que superan ya las muertes por accidente de tráfico, sin embargo, no existen el mismo tipo de planes de prevención para unos que para otros, mientras que para los accidentes de tráfico las campañas de concienciación de la población son notables, para el suicidio no existe en España ningún tipo de medidas de contención y estudio del fenómeno y es solo a nivel de la OMS, a través de donde se pueden encontrar algunas guías o protocolos de actuación.

La enfermedad mental y el suicidio en el trabajo sigue siendo un tema tabú, por el gran estigma que conlleva, por lo que en general suele estar infravalorado, además de ser una causa de gran malestar en el trabajador, las familias y el entorno.

Según los estudios analizados, la principal causa que lleva a la conducta suicida es la depresión, que puede estar también relacionada con las malas condiciones laborales. Situaciones de estrés, ansiedad, inseguridad por el puesto de trabajo, sufrimiento, tensión, desesperanza por el futuro, situaciones de acoso, etc., están cada vez más presentes y así lo demuestran las estadísticas de europeas y españolas sobre las condiciones de trabajo, por tanto, es fácil encontrar la relación entre estas particularidades y el riesgo de padecer graves alteraciones mentales como la depresión, que lleven a la persona a querer terminar con su vida (Wang et al., 2008; László et al., 2010; Virtanen et al., 2011).

Desde hace algunos años la jurisprudencia, a pesar de que la legislación no es muy completa e incluso ambigua en este tema, se han ido sucediendo sentencias judiciales en las cuales se ha encontrado relación de causalidad entre casos de suicidio y el trabajo de la víctima, no todos los casos están abiertos a esta interpretación y se siguen dando resoluciones, en las que los criterios que se siguen difieren según las pruebas que se consideren relevantes, sin embargo, en la actualidad se valoran más en profundidad las circunstancias que rodean al suceso, más allá de considerarlo simplemente, un acto voluntario que rompe cualquier tipo de causalidad. De este modo según la sentencia Nº 603/2009, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Extremadura se habla expresamente del síndrome de burn-out y lo relaciona directamente con la causa de la muerte del trabajador, además relaciona hechos como la crisis económica de su empresa, la presión laboral del afectado y la no presencia de enfermedades mentales previas ni de problemas financieros en su familia, encontrando así un nexo causal directo con el empleo a pesar de no suceder el evento ni en tiempo

ni lugar de trabajo. De igual modo la sentencia N° 6644/2002, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, se detiene en el análisis de las condiciones laborales de la afectada estableciendo que fueron la intensidad horaria y la carga de trabajo las que produjeron un gran sufrimiento emocional y tensión, además se valoran las visitas y los informes médicos previos en los que se diagnostica de un cuadro de angustia y ansiedad reconociendo por tanto el vínculo entre la muerte y “la sobrecarga física y psíquica que tenía que soportar la finada en el desarrollo de sus obligaciones laborales”.

Sin embargo, para catalogar un evento como accidente de trabajo no solo es suficiente con lo expuesto en el artículo 156 de la LGSS, ya que es a través de las interpretaciones judiciales que se llega a ampliar un concepto que a priori se muestra rígido. Es por esto, por lo que situaciones como el suicidio, en principio catalogadas como un acto doloso y por tanto sin sustento legal, puede ser reinterpretado como hemos visto anteriormente para alcanzar la categoría de accidente de trabajo y, por tanto, garantizar una mayor protección por parte de la Seguridad Social.

Por tanto, la gran mayoría de enfermedades que estén de un modo u otro relacionadas con el empleo, aunque no se encuentren catalogadas legislativamente dentro de las listas de enfermedades profesionales, pueden ser consideradas como accidente de trabajo si se demuestra en el nexo causal entre ambas, incluso en los casos más extremos e impropios como el suicidio.

Por todo esto se presume de gran importancia la necesidad de una legislación más precisa, que favorezca la unidad de criterios a la hora de considerar el suicidio como accidente laboral y que sirva para reconocer la importancia de los riesgos psicosociales en el trabajo y así, evitar el desamparo legal que en muchos casos sufren quienes padecen de estos problemas. Por ejemplo, en el caso de la sentencia N° 2848/2014 de 11 de Abril de 2014, fue posteriormente el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña el que dio la razón a la familia de una víctima de suicidio reconociendo que fue la ansiedad que le producía su trabajo a consecuencia de un accidente, la causante del poner fin a su vida, contradiciendo a una sentencia anterior del juzgado de lo Social número 2 de Lleida, que inicialmente declaraba la muerte como contingencia común absolviendo a empleador y mutua de responsabilidad, sin embargo, el TSJC concluye que el origen de su problema psíquico estaba relacionado con el trabajo (tiene su causa última en el mismo), por lo que reconoce la existencia de un nexo entre el acto del suicidio y su estado de ansiedad.

Está demostrado que las condiciones sociolaborales han sufrido una importante degradación en todo el mundo (Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2007), con un aumento de la presión y de los tiempos de trabajo que en algunos casos se hace insostenible. Esto está comportando un aumento entre los trabajadores de las patologías de tipo psíquico, las cuales suponen una afectación de la calidad de vida, pudiendo llegar a ser tan invalidantes y problemáticas, como las propias enfermedades de tipo físico (Wang et al., 2008; László et al., 2010; Virtanen et al., 2011). Por tanto, es fundamental que las enfermedades y riesgos psicosociales cobren un papel primordial dentro de la prevención de riesgos laborales.

Según la Agencia Europea para la Seguridad y salud en el trabajo (2007) “la promoción de la salud en el lugar de trabajo no es solo cumplir la normativa en materia de seguridad y salud en el trabajo, también se debe fomentar que las empresas e instituciones contribuyan de manera activa a la mejora de la salud mental, al bienestar y a la calidad de vida laboral de sus trabajadores, teniendo en cuenta sus necesidades, fomentando la participación en la organización, y el diseño saludable de los lugares de trabajo”. Promover en el lugar de trabajo la salud psicosocial es también promover la salud de la población en general, ya que la actividad laboral es parte fundamental de la vida de las personas. Fomentar una adecuada salud mental, así como la prevención de los riesgos psicosociales debería tener una importancia primordial en los planes de salud pública estatales, además de en los procedimientos de prevención de las empresas y organizaciones.

8. Conclusiones

- Podemos concluir que en la mayoría de los casos el suicidio es la manifestación de un problema mental, por lo que no se podría considerar en su conjunto un acto libre y voluntario, sino la manifestación de una serie de alteraciones de la conciencia del individuo que espolean la idea de quitarse la vida.

Aquellos problemas de salud tanto de naturaleza física como psíquica, que se encuentren relacionadas de forma directa o indirecta con el trabajo, aun no encontrándose en la lista de enfermedades profesionales, si se corrobora la relación laboral, pueden ser categorizados como accidente laboral, por ende, si esta patología psíquica de causa profesional arrastra a la persona hasta acabar con su vida, el suicidio puede ser tratado como un fenómeno laboral y entonces ser incluido en la categoría de accidente de trabajo.

Sin embargo, para catalogar un evento como accidente de trabajo no solo es suficiente con lo expuesto en el artículo 156 de la LGSS, ya que es a través de las interpretaciones judiciales cuando se llega a ampliar un concepto que a priori se muestra limitado. Es por esto, por lo que situaciones como el suicidio, en principio catalogadas como un acto doloso y por tanto sin sustento legal, puede ser reinterpretado para alcanzar la categoría de accidente de trabajo y, por tanto, garantizar una mayor protección por parte de la Seguridad Social.

- Entre las causas de la conducta suicida encontramos múltiples factores, donde podemos encontrar la susceptibilidad emocional de la persona, factores genéticos, inclinaciones culturales, filosóficas y religiosas, además de la presencia de enfermedad mental o el abuso de sustancias, principalmente el alcohol. Los estados personales de frustración y tristeza, la enfermedad mental como la depresión (una de las mayores causas de suicidio), períodos de desesperanza y ausencia de planes de futuro, son indicadores que pueden llevar a la persona a consumir el acto de quitarse la vida.

La relación entre trabajo y suicidio es un planteamiento más reciente, que ha sido fomentado sobre todo por la multitud de casos de suicidio reconocidos a causa del trabajo que se produjeron en empresas francesas y que consiguieron gran repercusión mediática, llevándose a cabo investigaciones científicas que corroboran este vínculo y análisis e interpretaciones jurídicas

que incluyen estos fenómenos dentro de las relaciones empresariales y con afectación ante la seguridad social.

- La organización y administración del trabajo pueden suponer para los trabajadores elevada proporción de factores de riesgo para su salud y su estado emocional. El ambiente laboral supone para el individuo una gran influencia en su equilibrio psicofísico.

Actualmente los cambios que se han producido en las condiciones y organización del trabajo, que incluyen mayor presión y exigencias laborales significan la multiplicación de los riesgos psicosociales para el trabajador, además de un gran sufrimiento y angustia en la realización del trabajo. Manifestaciones como la ansiedad, el burnout, la depresión o el estrés producidos por las condiciones laborales y las manifestaciones físico-psíquicas que de ellos se derivan, son factores desencadenantes, junto con otros elementos como la susceptibilidad de la persona, para padecer enfermedad mental u otros fenómenos como la propia conducta suicida.

- Desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales es fundamental realizar una apropiada evaluación de los riesgos psicosociales, mediante instrumentos adecuados de medición que nos permitan tomar las iniciativas correctoras más convenientes o adelantarnos a los riesgos evitando su aparición mediante acciones preventivas. Es necesario desde el ámbito prevencionista contemplar al individuo y su salud desde una perspectiva biopsicosocial teniendo en cuenta también no solo los daños físicos sino también la calidad de vida del trabajador y su bienestar.

Tener presentes indicadores concernientes a la salud psicosocial de las personas es básico para una adecuada toma de decisiones, facilita una visión global de la actividad preventiva y proporciona beneficios tanto a las empresas como a los trabajadores, mejorando las condiciones de trabajo, disponiendo ambientes más seguros y fomentando espacios de trabajo saludables.

Llevar a cabo la evaluación de riesgo psicosociales es un instrumento preventivo de gran valor ya que permite identificar, controlar y valorar este tipo de riesgos que generalmente, ya sea por falta de tradición en nuestro país o un enfoque más centrado en aspectos físicos, en ocasiones se deja relegado a un segundo plano. Efectuar una adecuada planificación de las actividades preventivas, permite una mejor adecuación de los trabajadores dentro de la organización, desde las actividades que realiza, las relaciones interpersonales

y el vínculo con la empresa, optimizando aspectos como el absentismo, la productividad y la satisfacción laboral y, por tanto, evitando la aparición de, como hemos visto, situaciones de estrés, ansiedad, depresión, burn out, etc. que tanto, afectan al bienestar de los trabajadores.



9. Bibliografía

Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2007). Previsiones de los expertos sobre la aparición de riesgos psicosociales en relación con la seguridad y la salud en el trabajo. Recuperado desde: <https://tinyurl.com/yxuv6syh>

Amador Rivera, Gonzalo H. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. Revista Médica La Paz, 21(2), 91-98. Recuperado desde: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172689582015000200012&lng=es&tlng=es.

Andrés, R. (2003). Historia del suicidio en occidente. Barcelona: Península.

Ansoleaga, E., & Miranda, G. (2014). Depresión y condiciones de trabajo: revisión actualizada de la investigación. Revista costarricense de psicología, 33, 1-14. Recuperado desde: <http://www.rcpscr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/29/28>

Artiles F.A., García-Iturrospe E.A., Méndez M.C., Marco R.G., Hidalgo A.C., Siris S. (2009). Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos. Actas Esp Psiquiatr. 37(1),42-50.

Barzilay, S., Brunstein Klomek, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Wasserman, D. (2017). Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. Journal of Adolescent Health, 61(2), 179–186.

Bang, Y. R., & Park, J. H. (2017). Psychiatric disorders and suicide attempts among adolescents victimized by school bullying. Australasian Psychiatry, 25(4), 376–380.

Basset, M. (2019). Los suicidios de France Télécom llegan a los tribunales: juicio al sistema de acoso moral. El País. Recuperado desde: https://elpais.com/economia/2019/05/09/actualidad/1557394310_784590.html

Beautrais, A.L., Collings, S.C.D., Ehrhardt, P., et al. (2005). Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health. Recuperado desde: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicideprevention-areviewoftheevidence.pdf>

Benavides, F., Gimeno, D., Benach.J., Martinez, J. M., Jarque, S., & Berra, A. (2002). Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. Gaceta Sanitaria, 16, 222-229.

Bille-Brahe, U. (1998). Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. Recuperado desde: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/239938/E60709.pdf

Bonde, J.P., (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup Environ Med 65, 438–445.

Boxer PA, Burnett C, Swanson N. (1995) Suicide and occupation: a review of the literature. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 37(4): 442-452.

Brent, D. A. & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics. Part C Seminars of Medical Genetics*, 133C (1), 13-24.

Cabral, C.A. (1988). Psicopatología del trabajo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 34, 237-242.

DeCou, C. R., Lynch, S. M., DeHart, D. D., & Belknap, J. (2016). Evaluating the association between childhood sexual abuse and attempted suicide across the lifespan: Findings from a nationwide study of women in jail. *Psychological Services*, 13(3), 254–260.

Delgado, M. (1997). *Estrés laboral*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Díez Ripolles, J. L., (1995). *Anuario de filosofía del derecho XII*. 83-114.

Routley, V.H., Ozanne-Smith, J.E. (2012). Work-related suicide in Victoria, Australia: a Broad perspective. *Int. Inj. Control Saf. Promot.* 19, 131–134.

Durkheim, E. (1982). *El suicidio*. Madrid: Akal.

Easton, S. D., Renner, L. M., & O’Leary, P. (2013). Suicide attempts among men with histories of child sexual abuse: Examining abuse severity, mental health, and masculine norms. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 380–387. Recuperado desde: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.007>

Echávarri Gorricho, A. (2010). Concepto y clasificación de la conducta suicida. Tema 1, 1-14. Recuperado desde: <ftp://ftp.formainap.navarra.es/2014/2014-3E604-9971-SUICIDIO/TEMA%201.pdf>

Fernández-Montalvo, J. (1998). Los trastornos psicológicos derivados del trabajo: hacia una psicopatología laboral. *Clínica y Salud*, 9(3), 607-620.

Estrés en el trabajo: un reto colectivo. (2016). Ginebra: OIT. Recuperado desde: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf

Fan, L.B., Blumenthal, J.A., Watkins, L.L., Sherwood, A. (2015). Work and home stress: associations with anxiety and depression symptoms. *Occup Med.* 65(2), 110-6.

Gabriel, F., Liimatainen, M. (2000). *Mental health in the workplace: Introducción*. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

Golding, J.M. (1999) Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta- Analysis. *J Fam Violence*, 14(2),99-132.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). (2015) Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 6ª EWCS – España. Recuperado desde: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/EN%20CATALOGO/GENERALIDAD/ENCT%202015.pdf>

László, K.D., Pikhart, H., Kopp, M.S., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Salavec, G., Marmot, M. (2010). Job insecurity and health: a study of 16 European countries. *Soc. Sci. Med.* 70, 867–874.

Libro Verde. Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). Recuperado desde: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

López, P., González-Pinto, A., Mosquera, F., Aldama, A., González, C., Fernández de Corres, B., et al. (2007). Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad; 2007. Informe No.: Osteba D-07-02.

Mesoudi, A. (2009). The Cultural Dynamics of Copycat Suicide. *PLoS ONE*, 4(9).

Miller, A., Morrell, S., LaMontagne, A.D. (2014). Economically inactive, unemployed and employed suicides in Australia by age and sex over a 10-year period: what was the impact of the 2007 economic recession? *International Journal of Epidemiology*, 43 (5), 1–8.

Mladovsky, P., Allin, S., Masseria, C., Hernández-Quevedo, C., McDaid, D., Mossialos, E. (2009). Health in the European Union. Trends and analysis. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Med Segur Trab*, 57 (1), 4-19.

Motto, J. A. (1970). Newspaper influence on suicide: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*. 23, 143–148.

Mur de VÍu, C. & Maqueda Blasco, J. (2011). Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 1-3. Recuperado desde: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500001>

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154.

Observatorio de riesgos psicosociales-UGT. Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010. Recuperado desde: http://www.ugt.es/saludlaboral/publicaciones/01_enfermedadesmentales.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006b). Prevención del suicidio - Un instrumento en el trabajo. Ginebra. Recuperado desde: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanish.pdf

Ortega Romero, M. (2016, julio). Suicidio en Adolescentes. Recuperado desde: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/4025/1/Ortega_Romero_Marta_TFG_Psicologa.pdf

Peralta, M. C. (2004). El acoso laboral - mobbing- perspectiva psicológica. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 111-122. Recuperado desde: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123885X2004000200012&lng=en&tlng=es.

- Pompili, M., Lester D., Innamorati, M., De Pisa, E., Iliceto, P., Puccinno, M. et al. (2008). Suicide risk and exposure to mobbing. *Work*. 31(2), 237-43.
- Rodríguez-Ortiz de Salazar, B., (2005). Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid. *Mapfre medicina* 16 (3), 2005, 184-194.
- Roldán, H. (1987). Prevención del suicidio y sanción interna. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*. Madrid, núm. L, fasc. III, 638 y 639. Recuperado desde: https://boe.es/publicaciones/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-P-1987-30062500646
- Ruiz-Pérez, I., Olry de Labry-Lima, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25-31.
- Theorell, T., Hammarstrom, A., Aronsson, G., Traskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., et al. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 15(1), 738.
- Thirion, A., Biletta, I., Cabrita, J., Llave, O., Vermeylen, G., Wilczynska, A. & Wilkens, M. (2017). 6th European Working Conditions Survey : 2017 update. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado desde: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf
- Tovilla, C. y Genis, A. (2012). Los Genes, el sistema serotoninergico y la conducta suicida. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 52-58.
- Virtanen, P., Janlert, U., Hammarstrom, A. (2011). Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occup. Environ. Med.* 68, 570–574.
- Wang, J.L., Lesage, A., Schmitz, N., Drapeau, A. (2008). The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *J. Epidemiol. Community Health*. 62, 42–47.
- World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. Recuperado desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.
- Yip, P.S. (1998). Age, sex, marital, status and suicide and empirical study of East and West. *Psychol Rep.* 82, 311-22.
- Yip, P.S., Caine, E.D. (2011). Employment status and suicide: the complex relationships between changing unemployment rates and death rates. *J. Epidemiol. Community Health*. 65, 733–736.