

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1026>

Suicidio en anesthesiólogos colombianos. Estudio de encuesta nacional

Suicide in Colombian anesthesiologists. National survey study

Alexandra Chaves Vega^a, Nubia Fernanda Sánchez Bello^b , Juan Carlos Bocanegra Rivera^a,
Luz María Gómez Buitrago^c 

^aComité de Salud Ocupacional, Bienestar y Seguridad, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia.

^bGrupo de Investigación Calidad, Seguridad y Educación en Salud, Área de Investigaciones y Publicaciones Científicas, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia.

^cSubdirección científica, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Carrera 15A # 120-74, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Bogotá, Colombia. **E-mail:** n.sanchez@scare.org.co

Resumen

¿Qué sabemos acerca de este problema?

- El suicidio en anesthesiólogos es un tema que no se ha caracterizado suficientemente, y constituye un tema relevante para la calidad de vida de quienes se dedican a esta profesión.
- La salud mental del talento humano en salud tiende a ser menospreciada, a pesar de que se tiene conocimiento del constante estrés relacionado con las profesiones del área de la salud.

¿Qué aporta este estudio de nuevo?

- Se ha realizado una caracterización indirecta del suicidio en anesthesiólogos colombianos, las características de quienes lo han sufrido y el apoyo brindado después del evento.
- Este estudio ilustra la perspectiva de los colegas que sirvieron como testigos de esta problemática.
- Visualizar el problema es el primer paso para darle el lugar que merece, y así poder crear el apoyo que muchos anesthesiólogos requieren a diario.

¿Como citar este artículo?

Chaves Vega A, Sánchez Bello NF, Bocanegra Rivera JC, Gómez Buitrago LM. Suicide in Colombian anesthesiologists. National survey study. Colombian Journal of Anesthesiology. 2022;50:e1026.

Introducción: El riesgo de suicidio entre anesthesiólogos parece ser mayor que el que se presenta en otras especialidades, posiblemente debido al elevado estrés asociado con la especialidad, al fácil acceso a medicamentos potentes y al conocimiento íntimo de cómo usarlos. En Colombia poco se sabe sobre el impacto del suicidio de un colega en un departamento de anestesia y los recursos disponibles para afrontar esta situación.

Objetivo: Con esta encuesta se buscó identificar de manera indirecta la frecuencia de suicidio entre anesthesiólogos colombianos y las experiencias relacionadas con el suicidio de un colega.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal de tipo encuesta aplicada a todos los anesthesiólogos afiliados a la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.) a escala nacional.

Resultados: Se obtuvo respuesta de 403 anesthesiólogos. Ochenta (19,8 %) participantes indicaron tener conocimiento de la muerte por suicidio de al menos un colega. La mayoría corresponden a anesthesiólogos o intensivistas de sexo masculino, y el grupo etario con mayor número de reportes es el de 25 a 29 años para el sexo masculino. El principal mecanismo causal identificado fue la intoxicación por opioides (58,5 %).

Conclusiones: En una caracterización indirecta del suicidio en anesthesiólogos colombianos se encontraron 99 informes de suicidio reportados por 80 anesthesiólogos. El suicidio es prevenible, en los sitios de trabajo deben existir los mecanismos de apoyo para la identificación del estrés laboral, la farmacodependencia, la depresión y el suicidio.

Palabras clave: Suicidio; Anesthesiólogos; Ideación suicida; Estrés psicológico; Apoyo social; Anestesiología.

Abstract

Introduction: The risk of suicide among anesthesiologists seems to be higher than in other areas of specialization, probably because of the significant stress associated with this specialty, easy access to strong medications and the profound knowledge about the use of these drugs. There is a poor knowledge about the impact of suicide on anesthesiologists in Colombia and the resources available to deal with this situation are limited.

Objective: This survey is intended to indirectly identify the frequency of suicide among the Colombian anesthesiologists and the experiences associated with the suicide of a colleague.

Methods: Observational, cross-sectional study based on a survey administered to all the anesthesiologists members of the Colombian Society of Anesthesiology and Resuscitation (S.C.A.R.E.), at a national scale.

Results: 403 anesthesiologists completed the survey. Eighty (19.8 %) of the respondents said they were aware of the death of at least one colleague that committed suicide. Most of them are male anesthesiologists or intensivists, and the age group with the highest rate of reports is between 25 - 29 years old in males. The primary causal mechanism was opioid overdose (58.5 %).

Conclusions: In an indirect characterization of suicide among Colombian anesthesiologists, 99 suicide reports were identified corresponding to 80 anesthesiologists. Suicide is preventable and the worksite should provide the support mechanisms required to identify occupational stress, drug dependence, depression and suicide.

Keywords: Suicide; Anesthesiologists; Suicidal ideation; Psychological stress; Social support; Anesthesiology.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una importante causa de mortalidad entre los médicos, con un riesgo de muerte mayor al que se observa en la población general (1). Tiene componentes diferenciales respecto a otras profesiones, como el acceso a ciertos medicamentos, el conocimiento de sus dosis y uso, así como la exposición a situaciones altamente estresantes, las cuales representan además un factor de riesgo (2). En este grupo se encuentran los anesestesiólogos, para quienes se ha identificado una incidencia de adicción a sustancias químicas cercana al 1 % (3), y un riesgo de suicidio de hasta un 50 % más, al compararlo con otras especialidades, como los médicos internistas (4).

Existe un creciente interés en relación con el impacto del estrés y la sobrecarga laboral sobre la salud mental de los anesestesiólogos, y el tema del suicidio es uno de los que genera mayor preocupación. Con relación a la población general y a otras especialidades, el riesgo de suicidio entre anesestesiólogos parece ser mayor, debido posiblemente, al elevado estrés asociado con la especialidad, como lo es la atención de pacientes de alto riesgo en entornos

laborales con situaciones complejas y altamente demandantes (5); otros factores de riesgo mencionados en la literatura son la alta prevalencia del síndrome de Burnout entre los anesestesiólogos, y el relativo aislamiento vinculado a la práctica diaria (6). En una revisión sistemática realizada por Plunkett et al. (7), se menciona que la ideación suicida entre anesestesiólogos varía del 3,2 % al 25 %, y los intentos de suicidio del 0,5 % al 2 % en diferentes estudios; mencionan además que el riesgo de que un anesestesiólogo muera por suicidio permanece de forma consistentemente alta con diferentes grupos de comparación.

Datos de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anesestesiología (CLASA), de 2013, indican que en al menos 10 años, en Latinoamérica se han registrado 141 muertes de anesestesiólogos relacionadas con suicidio o sobredosis (8); un estudio más reciente analizó la frecuencia de ideación suicida entre anesestesiólogos de un estado brasileño, y encontró que un 14,59 % de los encuestados habían tenido ideación suicida, y esta se relacionaba con estrés, sensación de depresión, y uso de ansiolíticos o antidepresivos (9). En Colombia aún es escasa la evidencia acerca del suicidio en

anesestesiólogos, y se desconoce el impacto del suicidio de un colega sobre el departamento de anestesia y los recursos disponibles para afrontar esta situación.

Recientemente la Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland estableció un grupo de trabajo para revisar el problema y brindar orientación a los anesestesiólogos, sus departamentos y sus empleadores. Para soportar este trabajo, realizaron una encuesta a anesestesiólogos del Reino Unido y de Irlanda acerca del apoyo que las instituciones donde trabajaban brindaban a casos de enfermedad mental, adicción y suicidio, adicionalmente preguntaba a anesestesiólogos asociados trabajando en cualquier lugar del mundo acerca de las experiencias relacionadas con el suicidio de colegas, incluido el apoyo disponible en ese momento y los cambios realizados como resultado de este (4).

La Sociedad Colombiana de Anesestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E), a través del Comité de Salud Ocupacional, Bienestar y Seguridad, consciente de la relevancia del tema, y con la debida autorización de los autores, decidió aplicar la misma encuesta en Colombia con el objetivo de conocer de manera indirecta la frecuencia de suicidio

entre anestesiólogos colombianos y las experiencias relacionadas con el suicidio de un colega.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional de tipo corte transversal basado en una encuesta. Esta encuesta se envió al correo electrónico de los afiliados, de manera que quienes estuvieran interesados en participar, lo indicaran en el consentimiento informado que se agregó al inicio de esta. Se incluyeron como participantes a los anestesiólogos colombianos afiliados a la S.C.A.R.E. que aceptaron participar en el estudio; se excluyeron las respuestas de los participantes que manifestaran su deseo de ser retirados del estudio. Con una población total de 2.936 afiliados, se calculó un tamaño de muestra para estimar una frecuencia de 50 %, con poder del 80 % y nivel de confianza de 95 %. El tamaño de muestra estimado fue de 340 anestesiólogos.

Se aplicó el instrumento utilizado por Yentis et al. en el Reino Unido, con autorización de los autores originales. Dicho instrumento es un cuestionario compuesto por 19 preguntas que indagan acerca del conocimiento del participante sobre apoyo en su lugar de trabajo relacionado con enfermedad mental, adicción y/o suicidio, la experiencia con el suicidio de algún colega, y el apoyo recibido en aquel momento (10). El instrumento no se encuentra validado en español y el proceso de validación de la versión en inglés no está formalmente reportado; a pesar de esto, se decidió emplearlo pues no se encontró otro que tuviera el mismo objetivo y estuviera validado, y se consideró que de esta manera los resultados podrían ser comparados, por lo menos, con los resultados obtenidos en Reino Unido. La validez de este cuestionario es motivo de discusión.

La encuesta se envió por correo electrónico el 26 de septiembre de 2020 a todos los anestesiólogos mediante la plataforma QuestionPro, y el 3 de octubre de 2020 se hizo un segundo envío a quienes no habían respondido aun la encuesta buscando el

mayor número de respuestas posible. El envío permitía una única respuesta por participante. La información obtenida desde la plataforma se exportó a un formato Excel, este fue cargado posteriormente a STATA V13 para el análisis. Se efectuó un análisis descriptivo y las variables cualitativas se presentaron en forma de proporciones.

El desarrollo del proyecto contó con el acompañamiento de un psiquiatra quien realizó sugerencias y asesoró al equipo de trabajo mientras se desarrollaba el proyecto. Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, el 11 de junio de 2020, con el consecutivo CBCS-043. Al inicio del cuestionario se incluyó un consentimiento informado en el cual se explicó a los participantes la naturaleza de la encuesta y se les indicó que podían rechazar su participación sin tener repercusión alguna. Se proporcionó un contacto para obtener más información acerca del proyecto o para solicitar direccionamiento en caso de que alguno de los participantes considerara que necesitaba apoyo

para sí mismo o para otro colega. En todo momento la información personal de los participantes se ha mantenido anónima.

RESULTADOS

La encuesta se envió a 2.868 anestesiólogos afiliados a la S.C.A.R.E. y se obtuvo respuesta de 403 participantes, un tamaño de muestra adecuado acorde al cálculo realizado. No se excluyeron respuestas del análisis.

Se encontró que la mayoría de los participantes (n = 210; 52,1 %), refirieron que en sus hospitales no se cuenta con políticas para orientar a su personal respecto a suicidio, enfermedad mental o adicción. Sobre los servicios o departamentos de Anestesiología las respuestas fueron bastante similares, en una alta proporción (n = 311; 77,1 %) no se cuenta con orientación para situaciones de suicidio, adicciones o enfermedades mentales, y en los casos en los que se dispone de dicha orientación, esta tiende a ser principalmente para enfermedades mentales (Tabla 1).

TABLA 1. Disponibilidad de políticas de orientación, acceso a servicios de bienestar y experiencias con el suicidio de un colega.

Preguntas	Respuestas de los participantes	Sí % (n)	No % (n)	No sé % (n)
Sobre políticas de orientación				
¿Su hospital cuenta con políticas dirigidas a orientar al personal respecto a las siguientes problemáticas?	Enfermedad mental	16,1 (65)	55,8 (225)	28,04 (113)
	Suicidio	5,96 (24)	63,2 (255)	30,7 (124)
	Adicción	5,71 (23)	64,7 (261)	29,5 (119)
¿Su servicio de anestesiología cuenta con políticas dirigidas a orientar al personal respecto a las siguientes problemáticas?	Enfermedad mental	9,18 (37)	79,6 (321)	11,1 (45)
	Suicidio	4,22 (17)	82,3 (332)	13,4 (54)
	Adicción	4,47 (18)	81,3 (328)	14,1 (57)
Sobre atención y acceso a servicios de bienestar				
¿Su hospital tiene una persona a cargo del bienestar de los empleados?		46,4 (187)	25,5 (103)	28 (113)
¿Su servicio de anestesiología tiene una persona a cargo del bienestar del personal?		14,8 (60)	77,4 (312)	7,6 (31)
¿Sabrían cómo acceder al apoyo para usted o un colega en caso de que alguno de ustedes experimente angustia o pensamientos suicidas?		20,1 (81)	66 (266)	13,9 (56)
Experiencias del suicidio de un colega				
¿Ha experimentado la muerte por suicidio de un colega anestesiólogo o intensivista que trabajara en su mismo servicio de anestesiología, independientemente de hace cuánto tiempo haya sucedido?		19,8 (80)	73,9 (298)	6,2 (25)

FUENTE: Autores.

Aunque el apoyo a los problemas de suicidio, adicción y enfermedad mental parece ser limitado, un 46 % de los participantes indica que la institución en la que trabaja cuenta con una persona que se encuentra a cargo del bienestar del personal. Un 14,8 % de los participantes refirió que cuenta con una figura similar en su servicio de anestesiología.

Se preguntó si los participantes tendrían el conocimiento suficiente para encontrar un mecanismo de apoyo en caso de que ellos mismos o algún colega experimentaran angustia o pensamientos suicidas. Se encontró que tan solo un 20 % (n = 81) tendría conocimiento de cómo buscar dicho apoyo.

Un 19 % (n = 80) de los participantes tiene conocimiento del suicidio de un colega anestesiólogo o intensivista; hay una proporción de 6,2 % que no tiene claro si el fallecimiento se debió a un suicidio. Se encontró además que entre los 80 participantes que informaron tener conocimiento de la muerte de un colega por suicidio, 65 (81,2 %) mencionaron la muerte de al menos un colega, 11 (13,7 %) de hasta dos colegas y 4 (5 %) de hasta tres colegas. Se encontraron 99 reportes, pero no es posible establecer si existen duplicados, pues no se solicitaron nombres u otra variable que permitiera diferenciar a la persona relacionada con cada reporte.

La mayoría de los reportes corresponden a anestesiólogos o intensivistas de sexo masculino (n = 65; 65,6 %), las edades mencionadas tuvieron un promedio de 40,5 años (DE: 8,37); se encontró que la edad no fue mencionada en 4 de los 99 reportes, estos casos no se tuvieron en cuenta para la descripción de los grupos de edad. Seis reportes (6,32 %) corresponden a anestesiólogos o intensivistas menores de 30 años, 37 (38,9 %) hacen referencia a colegas con edades entre 30 a 39 años, 33 (34,7 %) a colegas con edades entre 40 a 49 años, 18 (18,9) a colegas con edades entre 50 a 59 años, y 1 (1,05 %) corresponde a un colega de 60 años.

Respecto a la fecha del evento, se encontró que solo en 40 (40,4 %) de los reportes se colocó el año aproximado de ocurrencia del evento; teniendo en cuenta solo estos reportes, se encontró que la mayoría tuvieron lugar después de 2017 (Figura 1). De forma similar, la información acerca del lugar de ocurrencia está incompleta, solo

aparece en 39 reportes: el 46,1 % (n = 18) de los eventos sucedió en el hogar, el 43,5 % (n = 17) en el trabajo y en el 10,6 % (n = 4) no se tiene conocimiento del lugar.

La información acerca del mecanismo causal es aún más escasa, se encontró solo en 29 reportes. En estos se identificó el principal mecanismo causal como sobredosis por opioides (Tabla 2).

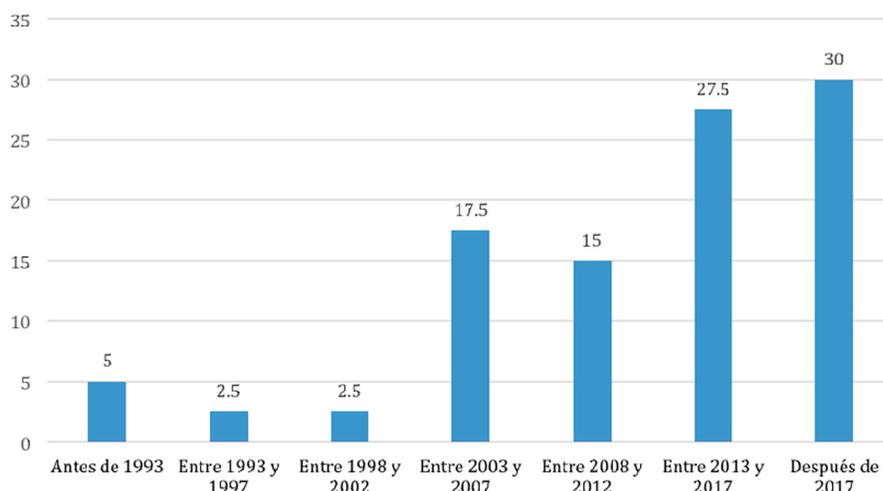
Solo un 5,05 % (n = 5) de los colegas reportados se encontraban en algún tipo de licencia al momento del evento; en esta pregunta se encuentran 4 reportes sin información sobre si existía licencia, en 7 casos se desconocía si había algún tipo de licencia

y en 83 casos (83,8 %) el colega no estaba en licencia. De los 5 colegas en los que se reportó alguna forma de licencia, 4 se encontraban suspendidos y uno se encontraba incapacitado por enfermedad general.

Con respecto a información sobre si los compañeros recibieron o no algún tipo de apoyo posterior al evento, solo 4 (8,89 %) recibieron apoyo de los 99 casos reportados. El apoyo consistió en: psicoterapia individual, 3 casos; psicoterapia grupal, 1 caso, y apoyo espiritual, 1 caso.

Se indagó además sobre los factores que pudieron haber contribuido a la presentación del evento, a lo cual el descono-

FIGURA 1. Fecha de ocurrencia del evento (%).



FUENTE: Autores.

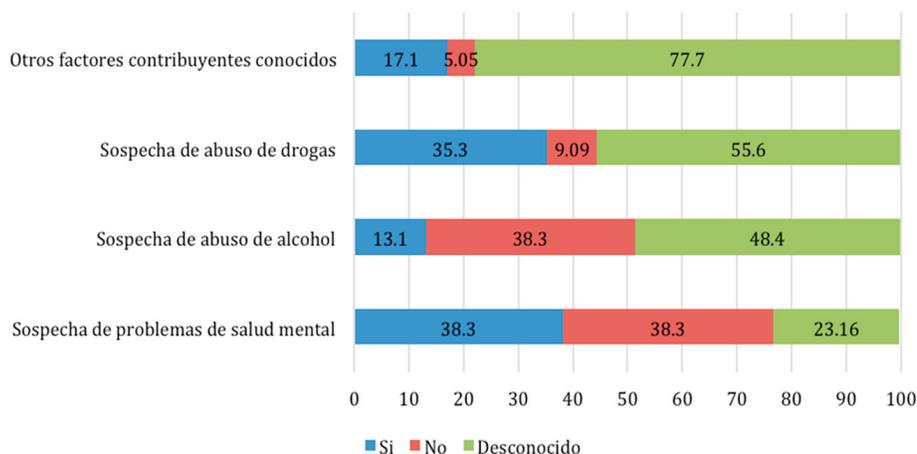
TABLA 2. Clasificación del evento según mecanismo causal.

Mecanismo causal (n = 29)	n (%)
Intoxicación	
Opioides	17 (58,5)
Propofol	2 (6,90)
Mezcla de anestésicos*	2 (6,90)
Medicamento IV desconocido	2 (6,90)
Otros	
Proyectil de arma de fuego (PAF)	2 (6,0)
Lanzamiento	2 (6,0)
Desconocido	2 (6,0)

*Propofol, fentanil y rocuronio en un caso, en otro no se especifica, pero se conoce que fue una mezcla.

FUENTE: Autores.

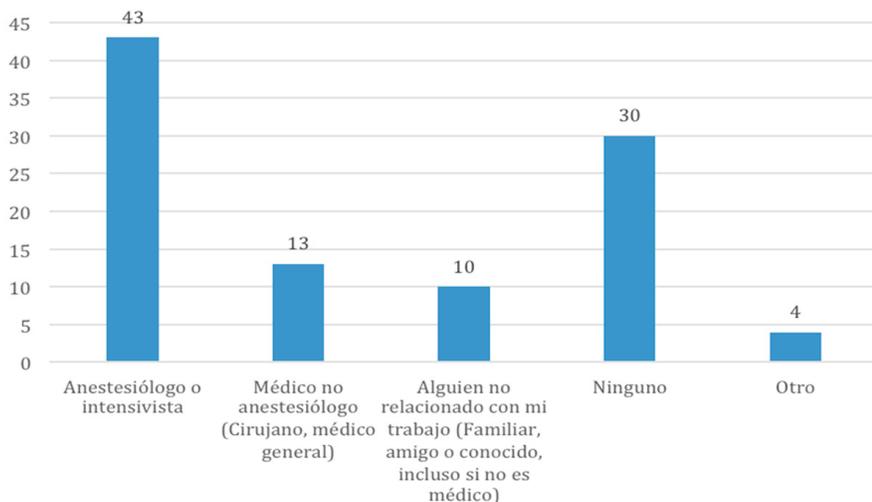
FIGURA 2. Sospecha de factores que pudieron contribuir al evento (%)*.



*La categoría Desconocido contiene respuestas en blanco o marcadas como “No sé”.

FUENTE: Autores.

FIGURA 3. Conocimiento del suicidio de otro colega o conocido que no cumpliera con criterios primarios de inclusión (%).



*Otro: 3 enfermeras, una interna.

FUENTE: Autores.

cimiento en torno a la situación real es la respuesta predominante, y la sospecha de problemas de salud mental es la siguiente en frecuencia (Figura 2).

Finalmente se indagó por el suicidio de otros colegas y conocidos que no reunirían los criterios primarios de inclusión, los participantes brindaron información acerca de 70 casos adicionales (Figura 3). De estos casos no se solicitó información adicional, pues no eran el objetivo de la encuesta.

DISCUSIÓN

Un cierto número de anestesiólogos colombianos tienen en su memoria la experiencia de haber vivido la muerte de un colega por suicidio. El tema es un tabú entre los miembros de los servicios de anestesia donde han ocurrido los sucesos, lo cual refleja una mezcla de miedo, impotencia, falta de acción y una preocupante carencia de ayuda para las personas en riesgo.

Según la respuesta de estos participantes, algunos hospitales parecen brindar orientación principalmente en temas de enfermedad mental; sin embargo, es una proporción mínima. La presente investigación sugiere que ni en los hospitales ni en los servicios de anestesiología de los encuestados existen —o hay poco conocimiento entre los anestesiólogos— recursos de apoyo en temas tan importantes como el suicidio, la enfermedad mental o las adicciones.

Un 46 % de los encuestados refirió que en su hospital hay una persona encargada del bienestar de los empleados; sin embargo, surge una duda sobre el trabajo de las personas encargadas del bienestar en los hospitales, ya que se presenta una disparidad entre las actividades que realizan y la percepción por parte de los anestesiólogos con respecto al respaldo y a una ayuda efectiva en los momentos de crisis.

Los resultados del estudio con respecto al número real de casos de suicidio son limitados, ya que, por no haber preguntado nombres ni detalles en las características de base de los casos, estos pueden estar repetidos en el reporte de cada uno de los respondientes; este estudio no brinda información acerca de la verdadera incidencia de suicidio entre anestesiólogos colombianos.

Se evaluaron reportes de suicidio en anestesiólogos colombianos en los últimos 28 años, o sea desde 1993, y se evidenció que el 72 % de los suicidios en nuestro estudio ocurrieron en los últimos 12 años; esto contrasta con la literatura que informa de una reducción de los suicidios de anestesiólogos entre 2014 y 2017 (10). Lo anterior podría corresponder a un sesgo en el recuerdo de las personas que contestaron la encuesta o una sobrerrepresentación del mismo caso entre los participantes. Sea cual fuere la causa, se supone que los recursos de apoyo y bienestar para los anestesiólogos son más prevalentes desde hace unos años, cuando se identificó y describió el síndrome de Burnout por el trabajo y su asociación clara con adicciones y suicidio.

En cuanto al género, nuestro estudio concuerda con estudios de la literatura que muestran que son los anestesiólogos hom-

bres los que comenten más suicidios (11). Respecto a la edad, nuestro estudio difiere de los reportes de la literatura: el grupo etario más comprometido en la literatura es entre 30 y 40 años, mientras que en nuestro estudio fue de 25 a 29 años, situándonos más hacia residentes o especialistas jóvenes, el cual es el segundo grupo etario más afectado en informes mundiales.

El lugar donde se cometió el suicidio también es de importancia, en nuestro estudio, el 43,4 % de los anestesiólogos lo hizo en el trabajo, lo cual concuerda con datos publicados (12) que explican que los médicos escogen suicidarse en lugares donde han estado emocionalmente involucrados o donde ha ocurrido alguna herida emocional en sus vidas.

El mecanismo causal de las muertes concuerda con datos de la literatura sobre el suicidio de anestesiólogos, los cuales generalmente involucran medicamentos anestésicos (13) usados en la práctica diaria, por lo cual, específicamente en los suicidios que incluían propofol y/o opiáceos, drogas usadas en el contexto del abuso o de la adicción, estos hubieran podido corresponder a una muerte accidental por sobredosis, más que a un intento real de suicidarse. Lo anterior se correlaciona con que la mayoría de casos descritos (83,8 %) no se encontraba en licencia, sino activamente en el trabajo con acceso a medicamentos de este tipo.

El estudio también muestra que, entre los respondientes, predomina el desconocimiento sobre los factores que contribuyeron al evento; sin embargo, los que predominan en el reporte fueron el abuso de alcohol, el abuso de drogas y los problemas de salud mental, lo cual concuerda con reportes de la literatura (14).

Las guías sobre el suicidio entre anestesiólogos del Reino Unido (14) recomiendan que debe existir un programa de educación continua sobre la estigmatización asociada a enfermedades mentales y a brindar ayuda a colegas que estén atravesando un momento de crisis en su vida financiera, de pareja o profesional, al igual que debe existir apoyo para los compañeros posterior al suicidio de un colega. En nuestro estudio,

este soporte solo se señaló en 9 % de los casos, descrito como psicoterapia individual o grupal y en un caso, apoyo espiritual, lo que muestra la falta de preparación en nuestros servicios de anestesiología y la priorización del trabajo asistencial sobre el ser humano. El tiempo es una importante barrera para el tratamiento adecuado, hay estudios que indican que muchos médicos no buscan ayuda de manera oportuna debido a la estigmatización o las consecuencias profesionales que puedan tener al mencionar el tema ante sus compañeros o sus jefes (15).

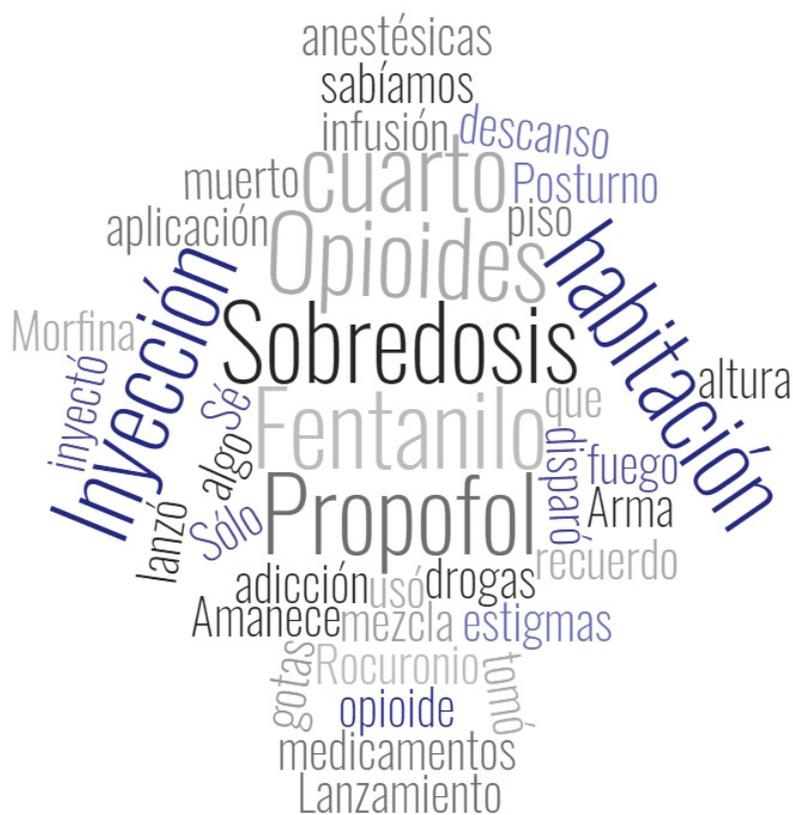
En la última parte del estudio intentamos medir experiencias sobre algún colega médico no anestesiólogo o incluso algún familiar, amigo o conocido del trabajo, los resultados fueron impactantes ya que se registraron otros 70 casos más. En la población general más de 800.000 personas se suicidan cada año, en el mundo (16), lo que representa una muerte cada 40 segundos.

Se conoce que una cuarta parte de la población mundial sufre trastornos mentales en algún momento de su vida, y los médicos y los anestesiólogos no están exentos de este problema. La anestesiología es la especialidad que en la literatura documenta más suicidios (17), esto se suma a la baja motivación que muestra el médico para consultar ayuda psicológica o psiquiátrica por miedo a ser estigmatizado.

Un porcentaje de los respondientes dejaron comentarios alrededor de las circunstancias del suicidio, temas desde el sentimiento de culpa o la ausencia de apoyo emocional por parte de los mismos colegas o de la organización; en la Figura 4 se muestran algunos de los más impactantes, como un testimonio del dolor vinculado a este tipo de situaciones.

En conclusión, de acuerdo con la información aportada por los encuestados, en la mayoría de las instituciones de salud en

FIGURA 4. Nube de palabras de las descripciones de suicidio de colegas de los participantes de la encuesta.



FUENTE: Autores.

donde manifiestan laborar, no se cuenta con una política para orientar al personal respecto a suicidio, enfermedad mental o adicción. Un 19 % de los encuestados manifestó tener conocimiento del suicidio de un colega, para un total de 99 casos; por la metodología empleada no es posible saber si cada caso es único, proporciona sin embargo un panorama general de la existencia de un problema y las afectaciones que puede producir.

Las experiencias descritas en el estudio enfatizan la necesidad de seguir creando conciencia entre las instituciones, los servicios de anestesia, entre los propios anestesiólogos y los residentes sobre la elaboración detallada de un plan de apoyo al colega que sufre, respecto al estrés laboral, la farmacodependencia, la depresión, el suicidio y otros trastornos que pueden ser adecuadamente tratados si se detectan a tiempo.

El suicidio es prevenible si se deja a un lado el estigma, el castigo, el secreto. Los servicios de anestesia que han perdido a un colega por suicidio deben darse tiempo para sentir el dolor, la oportunidad para hablar del tema, para hacer el duelo, para recuperarse.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Aval de comité de ética

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, el 11 de junio de 2020 con el consecutivo CBCS-043.

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

RECONOCIMIENTOS

Contribuciones de los autores

ACV, JCBR: Concepción del proyecto, planificación del estudio, construcción del protocolo de investigación, discusión de los resultados obtenidos, redacción, revisión y aprobación del manuscrito final.

LMGB: Concepción del proyecto, planificación del estudio, discusión de los resultados obtenidos, redacción, revisión y aprobación del manuscrito final.

NFSB: Planificación del estudio, construcción del protocolo de investigación, obtención de datos, análisis estadístico de los resultados obtenidos, discusión de los resultados obtenidos, redacción, revisión y aprobación del manuscrito final.

Asistencia para el estudio

Uso de plataforma QuestionPro y software STATA v13, con licencia propiedad de la S.C.A.R.E.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflictos de interés

Este estudio toma como población de estudio anestesiólogos afiliados a la S.C.A.R.E. y todos los autores participantes guardan alguna relación con dicha sociedad científica.

Presentaciones

Los resultados de este estudio fueron presentados en el XXXIV Congreso Colombiano de Anestesiología y Reanimación el 7 de agosto de 2021 en la conferencia "Suicidio en anestesiólogos colombianos. Resultados estudio de la S.C.A.R.E. 2020".

Agradecimientos

Al médico Mauricio Arbeláez, especialista en Psiquiatría, quien colaboró con su experiencia en el tema. Se agradece la contribución de Yenny Marcela Muñoz Laverde, profesional de investigaciones de la S.C.A.R.E., en la recolección de datos al apoyar el cargue y envío de la encuesta a través de la plataforma QuestionPro. Se agradece también a los autores de la encuesta de la Association of Anaesthetists, Steve M. Yentis, S. Shinde, E. Plunkett y A. Mortimore, por permitirnos utilizar su instrumento, y al médico Tim Meek, Honorary Secretary de la Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland quien dio una respuesta oficial a nuestra solicitud.

Desde el comité de Salud Ocupacional, Bienestar y Seguridad, de la S.C.A.R.E. esperamos que esta información contribuya a visibilizar una problemática latente. Invitamos a nuestros colegas a buscar ayuda cuando la necesiten. Para cualquier información adicional pueden contactar a los autores de este estudio en los correos:

AC: alexchavesmd@gmail.com

JCB: bocanegra67@yahoo.com

Este artículo está dedicado a los colegas que durante este año tuvieron la valentía de buscar ayuda, a los que no pudimos alcanzar y a los que la enfermedad se llevó, a pesar de nuestros esfuerzos.

REFERENCIAS

1. Torre DM, Wang N-Y, Meoni LA, Young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35(2):146-53.
2. Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, Bechamps G, Russell T, Satele D, et al. Special report: Suicidal ideation among american surgeons. *Arch Surg.* 2011;146(1):54-62. doi: <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.292>
3. Acuña JP, Álvarez JP, Cánepa P. Sanando al sanador. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2017;28(5):756-69. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.009>
4. Alexander BH, Checkoway H, Nagahama SI, Domino KB. Cause-specific mortality risks of anesthesiologists. *Anesthesiology.* 2000;93(4):922-30. doi: <https://doi.org/10.1097/00000542-200010000-00008>
5. Wainwright E, Looseley A, Mouton R, O'Connor M, Taylor G, Cook TM, et al. Stress, burnout, depression and work satisfaction among UK anaesthetic trainees: a qualitative analysis of in-depth participant interviews in the Satisfaction and Wellbeing in Anaesthetic Training study. *Anaesthesia.* 2019;74(10):1240-51. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.14694>
6. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. *Can J Anesth Can d'anesthésie.* 2017;64(2):158-68. doi: <https://doi.org/10.1007/s12630-016-0781-0>
7. Plunkett E, Costello A, Yentis SM, Hawton K. Suicide in anaesthetists: a systematic review. *Anaesthesia.* 2021;76(10):1392-403. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.15514>
8. Duval Neto GF. El bienestar ocupacional en anestesiología [Internet]. Sociedad Brasileña de Anestesiología; 2014 [citado: 2021 abr. 12]. Disponible en: https://resources.wfsahq.org/wp-content/uploads/eBook_El-Bienestar-Ocupacional-en-Anestesiologia.pdf
9. da Rosa Sousa S, Franck CL, Madeira K, Ambrosio PG, Cancellier SG. Frecuencia de ideación suicida en una población de anesestesiólogos. *Rev Chil Anest.* 2020;49:714-21. doi: <https://doi.org/10.25237/revchil anestv49n05-15>
10. Yentis SM, Shinde S, Plunkett E, Mortimore A. Suicide amongst anaesthetists – an Association of Anaesthetists survey. *Anaesthesia.* 2019;74(11):1365-73. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.14727>
11. Wible P. Why are so many male anesthesiologists dying by suicide? [Internet]. 2018 [citado: 2021 abr. 12]. Disponible en: <https://www.idealmedicalcare.org/why-are-so-many-male-anesthesiologists-dying-by-suicide/>
12. Wible P. What I've learned from my tally of 757 doctor suicides [Internet]. 2018 [citado: 2021 abr. 12]. Disponible en: https://www.washingtonpost.com/national/health-science/what-ive-learned-from-my-tally-of-757-doctor-suicides/2018/01/12/boea9126-eb50-11e7-9f92-10a2203f6c8d_story.html
13. Hawton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. *QJM An Int J Med.* 2000;93(6):351-7. doi: <https://doi.org/10.1093/qjmed/93.6.351>
14. Shinde S, Yentis SM, Asanati K, Coetzee RH, Cole-King A, Gerada C, et al. Guidelines on suicide amongst anaesthetists 2019. *Anaesthesia.* 2020;75(1):96-108. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.14890>
15. Clough BA, March S, Leane S, Ireland MJ. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based australian doctors. *J Clin Psychol.* 2019;75(3):418-32. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.22707>
16. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Centro de prensa. 2019 [citado: 2021 abr. 12]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
17. Wible P. Why "happy" doctors die by suicide [Internet]. Ideal medical care. 2018 [citado: 2021 abr. 12]. Disponible en: <https://www.idealmedicalcare.org/why-happy-doctors-die-by-suicide/>

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Material complementario 1. Encuesta sobre suicidio en anestesiólogos.

“Si trabaja en más de un hospital, por favor responda las preguntas pensando en la institución en la que trabaja por más horas”.

Conocimiento sobre las estructuras o recursos de bienestar / apoyo en el lugar de trabajo en caso de enfermedad mental, adicción y/o suicidio

1. ¿Tiene su hospital una política u orientación que incluya o cubra lo siguiente en el personal?

Enfermedad mental	Si / No / No sé
Suicidio	Si / No / No sé
Adicción	Si / No / No sé

2. ¿Tiene el departamento de anestesiología, su propia política u orientación que incluye o cubra lo siguiente en el personal?

Enfermedad mental	Si / No / No sé
Suicidio	Si / No / No sé
Adicción	Si / No / No sé

3. ¿Su hospital tiene una persona a cargo del bienestar de los empleados?

Si / No / No sé

4. ¿Tiene su departamento de anestesiología una persona a cargo del bienestar?

Si / No / No sé

5. ¿Sabrían cómo acceder al apoyo para usted o un colega en caso de que alguno de ustedes experimente angustia o pensamientos suicidas?

Si / No / No sé

Experiencias del suicidio de un colega

6. ¿Ha experimentado la muerte por suicidio de un colega anestesiólogo o intensivista mientras trabajaba en el mismo departamento que usted, independientemente de hace cuánto tiempo haya sucedido?

Si / No / No estoy seguro si fue suicidio

En caso afirmativo: Las preguntas a continuación están orientadas a profundizar un poco más sobre el caso de su colega:

- Edad
- Sexo

· ¿Aproximadamente cuándo fue?:

Antes de 1993 / Entre 1993 y 1997 / Entre 1998 y 2002 / Entre 2003 y 2007 / Entre 2008 y 2012 / Entre 2013 y 2017 / Después de 2017

· ¿Dónde fue el lugar de la muerte?

Trabajo / Hogar / Otro / No sé

· ¿Cuál fue el modo de muerte (incluidos los detalles del medicamento si se usó)?

[texto libre] / No sé

· ¿La persona estaba incapacitada o inhabilitada del trabajo en ese momento?

Si / No / No sé

Si la respuesta anterior es afirmativa:

¿Cuál era el tipo de licencia?

Vacaciones / suspensión / incapacidad: por enfermedad general, por enfermedad laboral, licencia maternidad, Otra ¿Cuál?

· ¿Hubo algún tipo de apoyo para usted y su departamento después de la muerte?

Si / No / No estoy seguro si fue suicidio

Si la respuesta es afirmativa: ¿Qué tipo de apoyo?

· ¿Hubo alguna sospecha de problemas de salud mental?

Si / No / No sé

· ¿Hubo alguna sospecha de abuso de alcohol?

Si / No / No sé

· ¿Hubo alguna sospecha de abuso de drogas?

Si / No / No sé

· ¿Hubo otros factores contribuyentes conocidos?

Si / No / No sé

Experiencia de suicidio de colegas que no reúnen los criterios primarios de inclusión

7. Aunque no es el foco principal de esta encuesta, ¿está al tanto del suicidio (o sospecha de suicidio) de:

Anestesiólogo o intensivista / Médico no anestesiólogo (p. Ej., Cirujano, médico general) / Otro profesional de la salud / Alguien no relacionado con mi trabajo (p. Ej., Familiar, amigo o conocido, incluso si no es médico) / Ninguno

Definición de términos

Suicidio de anestesiólogo: Colega que se quitó la vida, ya sea intencionalmente o no, mientras practicaba como anestesiólogo en Colombia, en el mismo departamento y al mismo tiempo que el encuestado.