



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Gómez Ch., Alejandro; Opazo P., Raquel; Levi A., Rosa; Gómez Ch., María Soledad; Ibáñez H.,
Carolina; Núñez M., Carlos

Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 52, núm. 1, enero-marzo, 2014, pp. 9-19

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331531258002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile

Psychological autopsies of thirty suicides of the IV Region of Chile

Alejandro Gómez Ch.¹, Raquel Opazo P.², Rosa Levi A.³,
María Soledad Gómez Ch.⁴, Carolina Ibáñez H.¹ y Carlos Núñez M.⁵

Background: Suicide is a relevant public health problem in Chile. This is the first Chilean study with the psychological autopsy method (PA). **Aims:** a) to identify risk factors for suicide in Chilean victims; b) to identify risk indicators for early intervention; c) to assess acceptability of the PA method by informants. **Method:** Sample consisted of 30 subjects (24 males, six females) who committed suicide in the IV Region of Chile (December 2008-September 2010). Data was collected from informant interviews. Main instrument was the Psychological Autopsy Interview Protocol. **Results:** Mean age at suicide was 35.8 years. Most victims communicated suicidal intent before consummation. Almost all experienced negative life events, in many cases shortly before suicide. One half had attempted suicide previously, some during the preceding month. Thirty-six percent were in mental health treatments at time of death. A quarter had recently visited mental health professionals. Psychiatric disorders (ICD-10) were identified in 90%, mainly depressive and substance use disorders. Personality disorders were evident in eight victims (33%): dissocial (4), emotionally unstable (2), paranoid (1), and anxious (avoidant) (1). **Conclusions:** A high rate of psychiatric disorders was confirmed. Previous suicide attempts are sensitive predictors of completed suicide. Communication of suicide intent is frequent, and may be an opportunity for intervention. Suicide is often preceded by negative life events. Prevention of suicide may be improved by effective treatment of psychiatric disorders, and focused psychosocial interventions. Intensive follow-up of attempters seems highly relevant. PA is an acceptable method for informants.

Key words: Suicide, Prevention, Autopsy.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (1): 9-19

Recibido: 4/9/2013

Aceptado: 29/01/2014

Ayuda financiera: Existió apoyo para movilización y viáticos para alojamiento y alimentación, por parte de la SEREMI de Salud de la IV Región.

Conflictos de Interés: Los autores no declaran conflictos de interés.

¹ Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Asistente Social. Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria. SEREMI de Salud Coquimbo.

³ Psicóloga. Servicio de Salud Coquimbo.

⁴ Socióloga. Dirección del Trabajo.

⁵ Psicólogo. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción

El suicidio se ha convertido en un importante problema de salud pública en Chile. Entre 1997 y 2008 las tasas de suicidio se elevaron de 6,2 a 12,9 por 100.000 habitantes¹. Considerando esta tendencia y la experiencia internacional, el MIN-SAL dio inicio el año 2008 al Programa Nacional de Prevención del Suicidio, con el propósito de reducir la tasa de mortalidad por esta causa. El plan quedó radicado en las regiones a través de las Secretarías Ministeriales de Salud. Contemplaba la generación de sistemas de información y vigilancia, estudio de casos, planes intersectoriales, capacitación al personal de salud, programas preventivos en colegios, sistemas de ayuda en crisis y el trabajo con los medios de comunicación.

Asimismo, el plan recomendaba la realización de autopsias psicológicas, con la finalidad de obtener un perfil de las víctimas por suicidio. Tanto el llamativo incremento de las tasas en la IV región (95%, de 8,1 a 15,8% entre 1997 y 2008) como la ocurrencia durante el año 2008 de dos episodios de suicidios en serie, motivaron la realización de un estudio empleando este método por parte de la Secretaría Regional Ministerial.

El método de la autopsia psicológica (AP) fue creado en 1958 por el grupo de Schneidman en la ciudad de Los Angeles (EEUU). Si bien su finalidad inicial fue clasificar muertes dudosas, pronto se comenzó a emplear en la investigación a personas suicidadas. Los primeros estudios con este fin fueron realizados en EEUU por Robins et al (1959) y Dorpat y Ripley (1960).

La AP consiste en la investigación retrospectiva de casos de suicidio. Su propósito es explorar los factores interviniéntes en el desenlace. Para ello se indagan antecedentes biográficos, personalidad previa, salud física, diagnósticos psiquiátricos, tratamientos anteriores y antecedentes familiares de conducta suicida. La fuente preferente son informantes -generalmente familiares o cercanos a la víctima- pudiendo incorporarse otras (p. ej. documentales). Reconociéndose sus limitaciones, se considera que la contribución de las AP al conocimiento del suicidio ha sido relevante. Por otra

parte, la validez de los datos obtenidos ha sido establecida².

Se ha publicado un número importante de estudios con AP, principalmente en Norteamérica y Europa. Sin embargo, existen comparativamente pocos trabajos en América Latina, y no los ha habido en nuestro país.

El objetivo de este estudio fue responder las siguientes preguntas: 1. ¿Cuáles son los factores de riesgo más frecuentes?; 2. ¿Existen indicadores de riesgo que faciliten la intervención precoz? y 3. ¿Es aceptable el método para los informantes?

Método

Sujetos

La presente investigación tuvo un carácter exploratorio y su metodología fue de tipo cualitativo. Se empleó el método muestral intencional o de conveniencia. Los sujetos fueron seleccionados aleatoriamente a partir de los datos proporcionados por el Servicio Médico Legal, Carabineros y centros asistenciales, correspondientes a personas fallecidas por suicidio entre diciembre de 2008 y septiembre de 2010. Entre abril de 2009 y octubre de 2010 se visitaron los domicilios de 60 víctimas, lográndose contactar a 31 familias. Sólo una familia se negó a aportar información. Los veintinueve domicilios restantes se encontraban sin moradores o con otras familias.

Las familias fueron contactadas por la misma profesional que realizó las entrevistas, quien acudió al domicilio de los suicidados, se presentó con un guión predefinido señalando los objetivos del estudio y solicitó, tras asegurarles confidencialidad, su consentimiento para ser entrevistadas. Treinta familias aceptaron participar y conformaron la muestra definitiva. Estos treinta casos abarcaron las tres provincias de la Región de Coquimbo.

Para cada caso, se entrevistó a uno o más informantes. Veinticuatro de ellos consistieron en familiares directos, cinco sus parejas y otro una amiga cercana. En 16 oportunidades el último contacto con la víctima se produjo el mismo día del deceso, en once el día anterior y en tres ocurrió dos días antes.

Las entrevistas se llevaron a efecto entre 1 y 8 meses ($\bar{x} = 4,2$) tras el suicidio, y su duración fue entre una y tres horas. En ellas se completó el Protocolo de Entrevista para Autopsia Psicológica y se elaboró un relato de la entrevista.

La información recabada fue analizada en reuniones del equipo con la finalidad de alcanzar decisiones diagnósticas y resolver inconsistencias o dudas.

Instrumento

El principal instrumento utilizado fue el Protocolo de Entrevista para Autopsia Psicológica (PEAP)³ elaborado por los autores, considerando las recomendaciones de expertos⁴.

El protocolo incluye 62 ítems organizados en seis secciones. Éstas recogen datos demográficos del informante y la víctima, circunstancias del acto, antecedentes de tentativas previas, historia y tratamientos psiquiátricos, salud física, eventos vitales y precipitantes probables, antecedentes de abuso/dependencia a sustancias, síntomas psiquiátricos y cambios conductuales previos al acto, rasgos/trastornos de la personalidad y antecedentes familiares. La sección final registra los diagnósticos probables (CIE-10)⁵ de las víctimas.

Con el fin de estudiar la concurrencia de distintos trastornos, se admitió la posibilidad de asignar más de un diagnóstico a cada paciente.

La información sociodemográfica se ajustó a las categorías del Instituto Nacional de Estadísticas. Los datos clínicos y suicidales investigados se basaron en el conocimiento vigente⁶.

En base a la Lista de Experiencias Amenazantes de Brugha et al⁷, se elaboró un inventario de posibles eventos negativos previos al suicidio. A ellos se agregó dos ítems relacionados con el problema en estudio: suicidios en el grupo de referencia y difusión de otros suicidios en los medios de comunicación.

El protocolo fue sometido a validación mediante reuniones con el equipo de investigadores.

La información fue analizada cualitativa y cuantitativamente. Cuando fue pertinente se empleó la prueba exacta de Fisher y la *t* de Student. Se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS.

El estudio cumplió con la Declaración de Helsinki, en cuanto al cuidado y privacidad de la información proporcionada. Al terminar la entrevista, a los informantes se les ofreció coordinar atención médica y psicosocial en caso necesario y se habilitaron los mecanismos para ello.

Resultados

Veinticuatro (75%) de las 30 víctimas fueron hombres y 6 (25%) mujeres. Las edades fluctuaron entre 12 y 79 años ($\bar{x} = 35,8$; DE = 18). El 73,3% fue menor de 49 años. Casi todos ($n = 29$; 97%) eran hijos biológicos. Dieciocho (60%) provenían de áreas urbanas y 12 (40%) de áreas rurales. Predominaron los solteros ($n = 23$; 76,7%), seguidos por los casados (4; 13,3%).

La mujeres fueron significativamente más jóvenes que los hombres ($\bar{x} = 23,8$; DE = 6,43 vs $\bar{x} = 38,7$; DE 18,83; $t = 3,2$; $p = 0,004$).

Diecinueve (63,3%) vivían con sus familias de origen, seis con otros familiares, y uno con personas ajenas a la familia. Cuatro vivían solos.

Trece (43%) habían cursado la educación básica y catorce (46,7%) la enseñanza media. Un sujeto tenía estudios comerciales y otros estudios técnicos incompletos. Sólo uno había obtenido un título profesional universitario.

Veintiséis (86,7%) eran de religión católica. Los otros cuatro eran, respectivamente, evangélico, testigo de Jehová, agnóstico y ateo.

Veintisiete (90%) tenían un ingreso familiar entre \$50.000 y \$200.000. Dos tenían ingresos entre \$200.001 y \$500.000, y uno entre \$500.001 y \$1.000.000.

Siete eran estudiantes, una era dueña de casa y uno estaba jubilado. Dos se encontraban desocupados. Los restantes 19 trabajaban en diversos campos laborales.

Circunstancias y características del suicidio

Como puede verse en la Tabla 1, el método suicida más frecuente fue el ahorcamiento ($n = 25$; 83,3%). La mayoría de las muertes ($n = 22$; 73,3%)

Tabla 1. Método suicida y lugar de ocurrencia (n = 30)

	n	%
Método suicida		
Ahorcamiento	25	83,3
Intoxicación farmacológica	2	6,7
Intoxicación por plaguicidas	1	3,3
Arma de fuego	1	3,3
Material explosivo	1	3,3
Lugar de ocurrencia		
Hogar de la víctima	22	73,3
Vía pública	3	10
Lugar apartado	3	10
Otra casa	1	3,3
Otro lugar	1	3,3
Lugar emblemático	2	6,7

ocurrieron en el propio hogar. Tres cometieron suicidio en la vía pública y tres en lugares apartados. Dos sujetos (6,7%) se suicidaron en lugares emblemáticos. Dos escogieron otros lugares. Casi todos se encontraban solos al cometer el acto (n = 28; 93,3%).

El ahorcamiento fue empleado por 24 de los 26 varones, y por una de las cuatro mujeres (Prueba exacta de Fisher; p = 0,009). Sólo víctimas de sexo femenino recurrieron a la intoxicación farmacológica.

Dieciséis víctimas (53,3%) comunicaron previamente su intención. Diez (33%) dejaron cartas o notas escritas y dos (6,7%) efectuaron arreglos previos a la muerte. Tomando en cuenta todos los datos, en 18 casos (60%) el suicidio pareció premeditado (Figura 1).

Dos casos parecieron formar parte de un pacto suicida, (6,7%).

Casi la mitad (n = 14; 46,7%) se autoeliminó bajo la influencia del alcohol, y todos ellos fueron hombres (Prueba exacta de Fisher: p = 0,019).

Eventos negativos antecedentes

Los eventos se agruparon en los siguientes tipos: a) interpersonales; b) relacionados con el trabajo; c) relacionados con la escuela; d) relacionados con enfermedades médicas; e) económicos; f) legales;

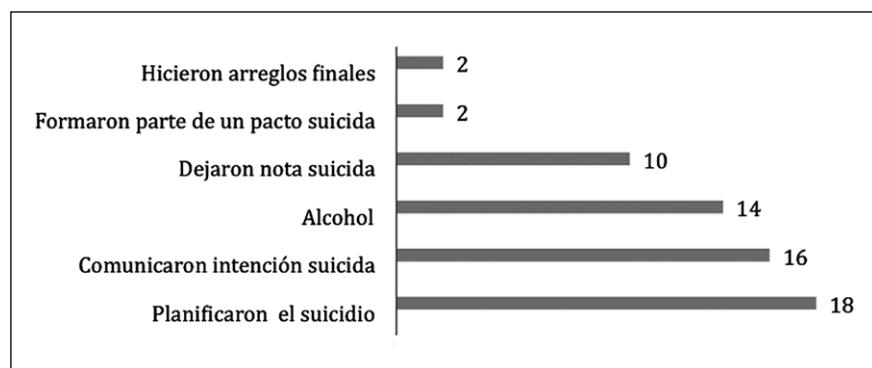


Figura 1. Circunstancias asociadas al suicidio.

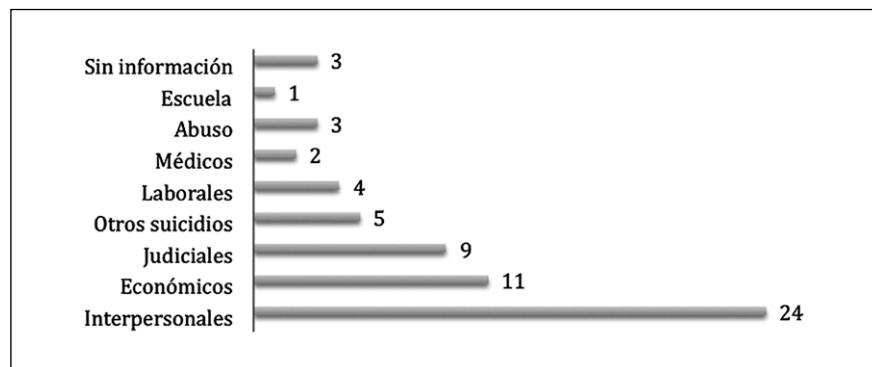


Figura 2. Eventos vitales anteriores al suicidio.

f) enfermedad seria de un familiar u otra persona querida; g) suicidio(s) en el grupo de referencia (Tabla 2).

Veintisiete (90%) experimentaron uno o más eventos negativos antes del suicidio: interpersonales, (24 casos; 75%), económicos (n = 11; 37%), y legales (n = 9; 30%). Cuatro víctimas estuvieron

expuestas a eventos relacionados al trabajo, dos a eventos médicos y uno a situaciones asociadas a la escuela (Figura 2).

Cinco sujetos habían estado expuestos al suicidio de pares. En el caso 30, un amigo se había autoeliminado la semana previa. El caso 25 estuvo expuesto al suicidio de varios amigos el año

Tabla 2. Diagnósticos CIE-10 e intentos de suicidio en treinta víctimas por suicidio

n	Edad	Sexo	Diagnóstico 1	Diagnóstico 2	Trastornos de la personalidad	Intentos previos
1	18	M	Episodio Depresivo	Epilepsia		
2	28	M	Episodio Depresivo	T. por cons. de sust.	T. Disocial	2
3	21	F	Episodio Depresivo			
4	55	M	Episodio Depresivo			1
5	23	M	Episodio Depresivo	T. por cons. de sust.	T. Paranoide	
6	64	M	Episodio Depresivo			
7	49	M	Episodio Depresivo	T. por cons. de sust.		
8	36	M	Episodio Depresivo			
9	52	M	Episodio Depresivo			
10	63	M	Episodio Depresivo			1
11	17	M	T. por cons. de sust.			
12	15	M	T. por cons. de sust.	T. por déf. atencional		1
13	18	F	Episodio Depresivo		T. de I. Emoc.	2
14	44	M	T. por cons. de sust.			1
15	55	M	Episodio Depresivo			
16	17	F	Episodio Depresivo			
17	31	F	Sin diagnósticos			
18	12	M	Sin diagnósticos			
19	40	M	T. por cons. de sust.		T. Disocial	2
20	53	M	Episodio Depresivo	T. por cons. de sust.		4
21	35	M	Episodio Depresivo		T. Ansioso	2
22	40	M	Episodio Depresivo	T. por cons. de sust.	T. Disocial	1
23	63	M	Episodio Depresivo			2
24	24	M	Episodio Depresivo	T. por cons. de sust.	T. Disocial	2
25	20	M	Episodio Depresivo	T. por cons. de sust.		
26	79	M	Episodio Depresivo			1
27	24	F	Sin diagnósticos			
28	23	M	Episodio Depresivo	T. estrés postraum.		1
29	32	F	Episodio Depresivo		T. de I. Emoc.	
30	23	M	Episodio Depresivo			

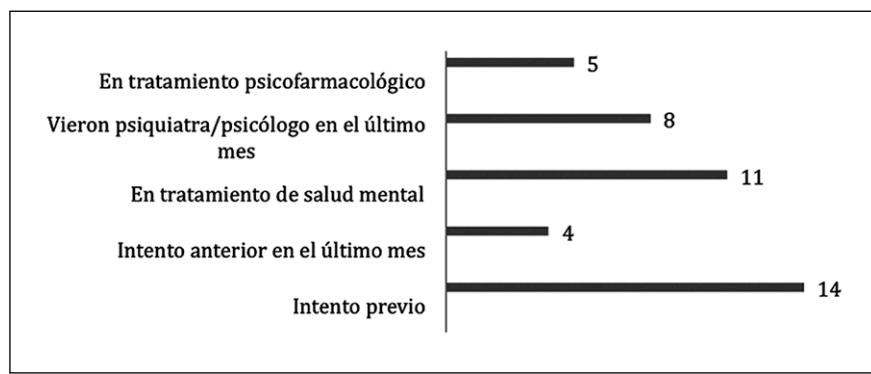


Figura 3. Antecedentes psiquiátricos y suicidales.

anterior*. El caso 3 era sobreviviente del suicidio de un amigo acaecido un año atrás, y en el caso 16 éste se había producido cuatro meses antes. En el caso 19 no se logró precisar cuándo había ocurrido. Una víctima (caso 20) era sobreviviente del suicidio de un hijo y un hijastro, ocurridos en 1996.

Tres sujetos habían experimentado situaciones de abuso, físico o psicosocial.

En tres casos no se identificó eventos negativos previos al suicidio.

En 17 casos (57%), ocurrieron eventos negativos muy próximos al suicidio. En 15 casos éstos fueron de tipo interpersonal (ruptura de una relación importante; situaciones interpersonales amenazantes), y se produjeron en la semana anterior al deceso. En dos casos consistieron, respectivamente, en un encarcelamiento reciente (había salido en libertad dos semanas antes) y en el diagnóstico de una enfermedad grave (un mes antes). En un sujeto se sucedieron, en la semana anterior, problemas graves con la madre de su pareja y el suicidio de un amigo.

La mayoría ($n = 21$; 70%) había experimentado eventos de dos o más clases. En doce casos se identificó dos clases de evento, en cuatro tres clases, en uno cuatro clases y en cuatro cinco clases de eventos.

Conducta suicida previa

Catorce víctimas (46,7%) habían intentado suicidarse previamente. Siete lo habían intentado

una vez, seis dos veces y uno cuatro veces. Cuatro (13,3%) habían intentado suicidarse en el mes anterior al deceso (Figura 3).

Comparados por edad, quienes tenían antecedentes de intentos previos eran significativamente mayores que los otros (42,9 vs 29,6 años; $t = 2,13$; $p = 0,042$).

Trece de los veinticuatro varones (54,2%) habían intentado suicidarse previamente, lo que sólo se encontró en una de las mujeres. Esta diferencia no fue significativa (Prueba exacta de Fisher: $p = 0,1755$).

Tratamientos psiquiátricos

Al fallecer, once sujetos (36,7%) se encontraban en tratamientos por problemas de salud mental: depresión (5), abuso de alcohol/drogas (4), intento de suicidio (1) y violencia intrafamiliar (1). Cinco estaban en tratamiento psicofarmacológico.

Ocho víctimas (26,7%) vieron a un psiquiatra o un psicólogo en el último mes de vida (Figura 3).

Diagnósticos psiquiátricos

Se diagnosticó trastornos psiquiátricos en 27 (90%) víctimas, que en veintitrés (76,7%) correspondieron a un Episodio Depresivo. Trece (43,3%) -todos varones- presentaban trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotropas (TCS). En tres sujetos se diagnosticó: déficit atencional (1), trastorno por estrés postraumático (1), y epilepsia (1) (Tabla 2).

Diez (33%) recibieron más de un diagnóstico

*En el año 2008 se produjo una serie de suicidios en Tongoy, que en un lapso de tres meses costó la vida a siete jóvenes.

de cuadro de estado. La asociación más frecuente, presente en siete, fue de episodio depresivo con TCS.

La presencia de un trastorno de la personalidad (TP) fue evidente en ocho víctimas (27%): disocial ($n = 4$), de inestabilidad emocional de la personalidad (TIE) ($n = 2$), paranoide ($n = 1$) y ansioso ($n = 1$). Todos estos casos presentaban al menos un trastorno psiquiátrico concomitante.

Antecedentes familiares de suicidio

Tres sujetos (10%) tenían antecedentes de suicidio en familiares de primer grado (madre, hijo y hermano, respectivamente). Cuatro casos adicionales tenían antecedentes en familiares de segundo grado.

Conclusiones

Un importante hallazgo de este estudio es la elevada proporción de trastornos psiquiátricos, comparable con la tasa de 87% obtenida en un amplio meta análisis⁸. En este mismo estudio también los trastornos del ánimo y los TCS fueron los más frecuentes. Frecuencias menores de trastornos psiquiátricos en suicidas de países asiáticos plantean interrogantes acerca de la universalidad de los factores de riesgo suicida⁹⁻¹².

La proporción de trastornos de la personalidad es comparable con reportes previos cercanos al 30%¹³⁻¹⁷, que asimismo confirman su frecuente comorbilidad con trastornos del ánimo y TCS. Los tipos más comunes pertenecerían al grupo B de DSM, especialmente el límite (equivalente al trastorno de inestabilidad emocional del CIE-10). Según la clasificación del DSM, seis de los ocho casos con TP pertenecían al grupo B, uno al grupo A y uno al grupo C. En todos ellos concurrían otros trastornos psiquiátricos.

Existiría una asociación entre conducta agresivo-impulsiva y conducta suicida¹⁸, medida por un polimorfismo del gen transportador de serotonina¹⁹. Tal hipótesis ha obtenido apoyo tanto en estudios a víctimas de suicidio²⁰ como en intentadores, encontrándose una asociación entre

rasgos de personalidad y suicidalidad, con valor predictivo a largo plazo^{21,22}.

Una historia de intentos de suicidio es un importante factor de riesgo, que se traduce en tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio elevadas cuarenta veces, y hasta cien veces en el semestre post tentativa^{23,24}. La severidad del intento aporta al riesgo^{25,26}, así como su reiteración²⁷. Nuestro hallazgo de intentos previos en casi la mitad de los casos implica que éste es un predictor sensible. Cuatro víctimas habían intentado suicidarse en el mes anterior a la muerte, mostrando que el proceso suicida puede permanecer activo en el período inmediato tras una tentativa.

La mayor edad de quienes habían intentado suicidarse previamente sugiere que los repetidores hacen una “carrera suicida” más larga que quienes fallecen al primer intento. Nuestro hallazgo de una mayor proporción de intentadores previos entre los varones difiere de otros estudios²⁸. Dado que esta diferencia no fue significativa, debiera ser revisada en muestras mayores. No obstante, ella sugiere una fuerte asociación entre intento de suicidio y suicidio consumado en el sexo masculino²⁹.

Más de la mitad comunicó ideas suicidas a otras personas. Otros autores han informado frecuencias similares o superiores³⁰⁻³². En el “proceso suicida” previo al acto, muchas posibles víctimas revelan su intención por medio de amenazas, preguntas o avisos. Estos “comunicadores” están de algún modo permitiendo la intervención externa; es posible que quienes no lo hacen conformen un subgrupo más severo³³. La importancia de la ideación como correlato de intención suicida ha sido puntualizada tanto en intentadores como consumidores. La ideación suicida debe ser considerada un marcador de intención suicida, aún en ausencia de otras manifestaciones psicopatológicas^{34,35}.

En dos tercios de los casos hubo señales de premeditación, lo cual apoya la existencia de una “ventana” temporal que permitiría la intervención preventiva.

Casi todas las víctimas experimentaron múltiples eventos negativos previos, predominantemente interpersonales, que en más de la mitad ocurrieron en relación próxima al deceso. Un metanálisis

informa que la ocurrencia de eventos negativos en el año anterior al suicidio es casi invariable, concentrándose en los últimos meses³⁶. El apoyo social percibido moderaría el efecto de los estresores, atenuando las respuestas suicidas y reduciendo el riesgo de reincidencia tras una tentativa^{37,38}.

Cinco víctimas estuvieron expuestas al suicidio de personas cercanas. Se ha propuesto un fenómeno de “contagio”, a propósito de los suicidios en cadena (“cluster suicides”). Crosby et al, encuentran un riesgo de intento tres veces mayor en quienes han sobrevivido al suicidio de otros cercanos³⁹. Sin embargo, este problema ha sido insuficientemente estudiado y no se ha indagado como evento específico en otros estudios con AP.

Poco más de la tercera parte se encontraba en tratamiento con profesionales de salud mental al momento de fallecer y la cuarta parte había recibido atención en el último mes. Comparablemente, Luoma et al, encontraron que el 19% tuvo contacto con servicios de salud mental en el mes previo al deceso⁴⁰. Nuestros datos apoyan el rol potencial de estos profesionales en la detección del riesgo.

Entre los datos demográficos llama la atención la elevada proporción de solteros (76%), que dobla la frecuencia encontrada en el Censo 2002 (34,6%).

El presente estudio representa la primera aplicación del método de la AP en Chile, empleando metodología cuali-cuantitativa. Si bien la muestra fue pequeña, la recurrencia de la información aportada por los entrevistados le confiere representatividad. Futuros estudios controlados permitirían contrastar estos hallazgos. La disponibilidad de fuentes adicionales (por ejemplo, fichas clínicas, informes toxicológicos post mortem, registros policiales) permitiría incrementar la información disponible. En este estudio no se contó con documentación médica (p. ej. fichas clínicas) que permitiera respaldar los hallazgos, lo

que debe señalarse como una limitación. El estudio de los eventos vitales previos al suicidio presenta problemas conceptuales y metodológicos (por ej. la calificación de severidad e impacto), y sería deseable definir mejor su patrón temporal de ocurrencia. Últimamente se ha recomendado indagar por eventos próximos en cortes predefinidos (por ejemplo: el día anterior, una semana antes, un mes antes de la muerte)⁴¹. En nuestro estudio, si bien se encontraron eventos próximos en la mitad, ello no fue indagado en forma sistemática y la proporción podría ser mayor.

Los datos apoyan un modelo diátesis-estrés, según el cual sujetos previamente vulnerables pueden cometer actos suicidas al enfrentar sucesos percibidos como insuperables⁴². Fuentes importantes de vulnerabilidad serían la presencia de trastornos mentales y de antecedentes familiares de suicidio, entre otras. El antecedente de tentativas sería un marcador de vulnerabilidad suicida, que podría acentuarse por su propia reiteración. La existencia de ideas o comunicaciones suicidas sería una señal importante de un proceso suicida en marcha.

Esta conceptualización sugiere diversas intervenciones preventivas. En primer lugar releva la importancia del tratamiento de la patología psiquiátrica, que en estos pacientes puede ser más compleja por su frecuente comorbilidad. La importancia de los eventos negativos, la desesperanza y el aislamiento social en el proceso suicida señalan la pertinencia de intervenciones orientadas al incremento del apoyo social y la resolución de problemas. El período siguiente a una tentativa suicida presentaría especial vulnerabilidad suicida ameritando un monitoreo cercano de señales de riesgo.

Por último, el estudio muestra que el método de autopsia psicológica es posible de implementar y aceptable para los informantes.

Resumen

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública relevante en Chile. Este es el primer estudio chileno con el método de la autopsia psicológica (AP). **Objetivos:** a) identificar factores de riesgo de suicidio en víctimas chilenas; b) identificar indicadores de riesgo para la intervención temprana; c) evaluar la aceptabilidad del método de la AP por los informantes. **Método:** La muestra consistió en 30 sujetos (24 hombres y 6 mujeres) que cometieron suicidio en la IV Región de Chile (diciembre de 2008-septiembre de 2010). La información fue recogida de entrevistas a informantes. El instrumento principal fue el Protocolo de Entrevista para Autopsia Psicológica. **Resultados:** La edad promedio fue 35,8 años. La mayoría comunicó intención suicida antes de consumarlo. Casi todos experimentaron eventos negativos, frecuentemente poco antes del suicidio. La mitad había intentado suicidarse previamente, algunos durante el mes precedente. El 36% estaba en tratamientos de salud mental al fallecer y un cuarto había visitado recientemente a profesionales de salud mental. Se identificó trastornos psiquiátricos (CIE-10) en el 90%, principalmente trastorno depresivo y por uso de sustancias. Los trastornos de personalidad fueron evidentes en ocho víctimas (33%): disocial (4), emocionalmente inestable (2), paranoide (1) y ansioso (evitativo) (1). **Conclusiones:** Se confirmó una elevada tasa de trastornos psiquiátricos. El antecedente de intentos previos es un predictor sensible de suicidio. La comunicación de intención suicida es frecuente y puede ser una oportunidad de intervención. El suicidio es frecuentemente precedido por eventos vitales negativos. La prevención del suicidio puede mejorar mediante el tratamiento efectivo de trastornos psiquiátricos e intervenciones psicosociales focalizadas. El seguimiento intensivo de intentadores parece altamente relevante. La AP es aceptable para los informantes.

Palabras clave: Suicidio, Prevención, Autopsia.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente, según grupo de edad y sexo, Chile 1990-2008. <http://deis.minsal.cl/> Página.
2. Schneider B, Maurer K, Sargk D, Heiskel H, Weber B, Fröhlich L, et al. Concordance of DSM-IV Axis I and II diagnosis of personal and informant's interview. Psychiatry Res 2004; 127: 121-36.
3. Gómez A, Ibáñez C, Gómez MS. Protocolo para Autopsias Psicológicas. Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública 2008.
4. Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. Suicide Life Threat Behav 2006; 36: 491-510.
5. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud (1992).
6. Wasserman D. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Oxford University Press, USA, 1999.
7. Brugha T, Bebbington P, Tennat C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. Psychol Med 1985; 15: 189-94.
8. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses and 3275 suicides: a metaanalysis. BMC Psychiatry 2004, 4:37 doi:10.1186/1471-244X/3/37. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/37>.
9. Samaraweera S, Sumathipala A, Siribaddana S, Bhugra D. Completed suicide among sinhalese in Sri Lanka: a psychological autopsy study. Suicide Life Threat Behav 2008; 38: 221-8.

10. Khan FA, Anand B, Devi MG, Murthy K. Psychological autopsy of suicide-a cross sectional study. Indian J Psychiatry 2005; 47: 73-8.
11. Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental disorder and suicide among young rural chinese: a case-control psychological autopsy study. Am J Psychiatry 2010; 167: 773-81.
12. Khan MM, Mahmud S, Karim MS, Zaman M, Prince M. Case-control study of suicide in Karachi, Pakistan. Br J Psychiatry 2008; 193: 403-5.
13. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen M, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry 1993; 150: 935-40.
14. Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Aro HM, Marttunen M, Kuoppasalmi KI, et al. Suicide among subjects with personality disorders. Am J Psychiatry 1996; 153: 667-73.
15. Lesage AD, Boyer R, Grunberg T, Vanier C, Morissette R, Ménard-Buteau C, et al. Suicide and mental disorders: a case-control study of young men. Am J Psychiatry 1994; 151: 1063-8.
16. Foster T, Gillespie K, Mc Clelland R. Mental disorders in Northern Ireland. Br J Psychiatry 1997; 170: 447-52.
17. Cheng AT, Mann AH, Chan KA. Personality disorder and suicide: a case-control study. Br J Psychiatry 1997; 170: 441-6.
18. Gvion Y, Apter A. Aggression, impulsivity, and suicide behavior: A Review of the Literature. Arch Suicide Res 2011; 15: 93-112.
19. Mann JJ, Arango VA, Avenoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P, et al. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. Biol Psychiatry 2009; 12: 327-35.
20. Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, et al. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control of impulsive and aggressive behaviors in men. Am J Psychiatry 2005; 162: 2116-24.
21. Lolas F, Gómez A, Suárez L. EPQ-R and suicide attempt: the relevance of psychotism. Pers Individ Diff 1991; 12: 899-902.
22. Gómez A, Cumsille F, Orellana G, Núñez C, Lolas F. Personality predicts relapse of suicidal beha-
- viour. XI World Congress of Psychiatry 1999, 12 (suppl1): 1.
23. Beautrais A. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychol Med 2001; 31: 837-45.
24. Scoliers G, Portzky G, van Heeringen K, Audebert K. Psychological risk factors for repetition of attempted suicide: a five-year follow-up. Arch Suicide Res 2009; 13: 201-13.
25. Suominen K, Isometsä ET, Lönnqvist J. Level of suicidal intent predicts overall mortality after attempted suicide: a 12-year follow-up study. BMC Psychiatry 2004; 4: 11. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/11>.
26. Runeson B, Tidelmalm D, Dahlin M, Lichtenstein P, Langström N. Method of attempted suicide as predictor of successful suicide: natural long-term cohort study. BMJ 2010; 340: c3222 doi:10.1136/bmj.c3222.
27. León AC, Friedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. Psychiatry Res 1990; 31: 99-108.
28. Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. Br J Psychiatry 1998; 173: 521-35.
29. Hawton K, Fagg J. Suicide, and other causes of death, following attempted suicide. Br J Psychiatry 1988; 152: 359-66.
30. Barraclough BM, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: Clinical aspects. Br J Psychiatry 1974; 125: 355-73.
31. Morgan HG, Stanton R. Suicide among psychiatric in-patients in a changing clinical scene. Suicidal ideation as a paramount index of short- term risk. Br J Psychiatry 1997; 171: 561-3.
32. Retterstoll N. Suicide: A European perspective. Cambridge: University Press. 1993.
33. Simon RI. Behavioral risk assessment of the guarded suicidal patient. Suicide Life Threat Behav 2008; 38: 517-22.
34. Brent A, Perper J, Mortiz G, Baugher M, Allman C. Suicide in adolescents without apparent psychopathology. J Am Acad Child Psy 2003; 32: 494-500.

35. Andrews SA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: Prevalence and co-occurrence of psychiatric disorders. *J Am Acad Child Psy* 1992; 31: 655-62.
36. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res* 2011; 15: 1-15.
37. Duberstein PR, Conwell Y, Conner KR, Eberly S, Evinger JS, Caine ED. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med* 2004; 34: 1331-7.
38. Gómez A, Barrera A, Jaar E, Lolas F, Núñez C. Apoyo social en el intento suicida. *Psicopatología* 1996; 16: 54-8.
39. Crosby AE, Sacks JJ. Exposure to suicide: incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32: 321-8.
40. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 909-16.
41. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy Studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat Behav* 2011; 594-613.
42. Van Heeringen K. Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: Dwivedi Y, editor. *The Neurobiological Basis of Suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press; 2012. Chapter 6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK107203/>

Correspondencia:

Alejandro Gómez Ch.

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental,
Campus Sur, Facultad de Medicina, Universidad
de Chile. Gran Avenida 3100.

Teléfonos: 25510044; 23357727.

E-mail: algomezcham@gmail.com