



METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Dr. Diego de la Vega Sánchez, Dra. Ángela Arcenegui Calvo, Eva Moreno.

diegodlvs@gmail.com

INTRODUCCIÓN

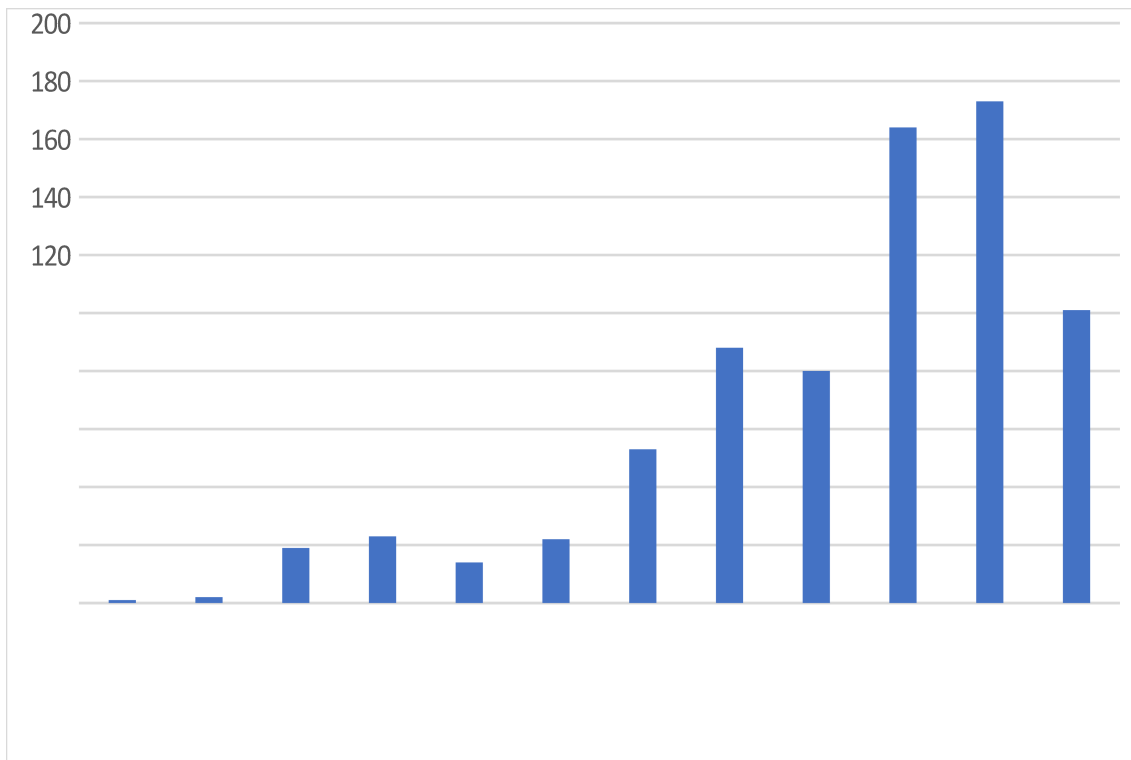
La conducta suicida es un fenómeno complejo en cuyo origen interviene factores del propio sujeto (psicológicos, biológicos) y del entorno (sociales, culturales)¹. Esto hace que cualquier acercamiento deba ser amplio (por los numerosos factores que intervienen), exhaustivo (por los matices que hay dentro de cada factor) y metodológicamente correcto (porque como veremos son muchas las dificultades que plantea). En el caso del suicidio consumado partimos de una situación aún más complicada ya que la principal fuente de información, el sujeto que ha cometido el suicidio, no es accesible.

En la década de los 60 del siglo XX el estado de California se enfrentó a una epidemia de muertes relacionadas con el consumo de drogas en las que surgían dudas respecto a si su origen era accidental por una sobredosis o intencionado, por suicidios². Es en este contexto donde surge la Autopsia Psicológica (AP), gracias al trabajo conjunto de las autoridades locales y el grupo de suicidiólogos dirigidos por Edwing S. Shneidman, padre de la AP. Así según palabras del propio Shneidman se trata de herramienta que pretendía *“nada menos que una investigación retrospectiva exhaustiva de la vida del fallecido para obtener una mejor comprensión de su muerte”*³.

A partir de ese objetivo inicial, el uso de la AP se ha ido extendiendo a lo largo de los años, pasando de una herramienta principalmente médico-legal o ser una herramienta esencial en los estudios psiquiátricos del suicidio consumado, siendo en estos momentos la herramienta de elección en los estudios sobre suicidio consumado⁴⁵, lo que se refleja en la creciente literatura sobre suicidio que emplea la AP (Gráfico 1).

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Gráfico 1. Artículos publicados en Pubmed sobre autopsias psicológicas (Marzo-2018).



Se han descrito como principales objetivos de la AP los siguientes (8):

- Aclarar el modo de la muerte en aquellos casos en los que existan dudas de si se trata de una muerte natural, accidental, homicida o suicida.
- Ayudar determinar el momento y las circunstancias de la muerte.
- Investigar sobre el suicidio y de este modo contribuir a mejorar las medidas de prevención del mismo.
- Aliviar el sufrimiento de las personas cercanas al fallecido.

Al igual que toda herramienta científica, su técnica ha de ser continuamente revisado y perfeccionado. Como veremos, cualquier cuestión que rodee a una autopsia psicológica ha de ser pensada detenidamente, desde lo más básico (cómo contactar con los allegados).

QUE CONCLUSIONES HEMOS DE OBTENER

La Autopsia Psicológica pretende aclarar la posible participación del sujeto en su propia muerte, a través de la reconstrucción de las circunstancias en las que se produce la muerte, con especial énfasis en el estado mental de la persona fallecida ⁶. Para ello hemos de recabar toda la información disponible sobre situación biológica, psíquica y social del fallecido. La información se obtiene a través de las entrevistas con familiares y allegados, y la recopilación de toda la información contenida en informes clínicos, notas de despedida o cualquier documento que añada datos relevantes.

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Fruto de esta investigación, deberemos aclarar siete aspectos claves de la muerte que se está examinando (modificado de Scott y cols)²:

1. La causa de la muerte.

Esto es, ¿qué le provocó la muerte?, ¿qué instrumento o agente físico provocó la muerte? Así por como ejemplos tenemos un disparo en la cabeza o un infarto del corazón.

2. El mecanismo fisiopatológico.

Explicación médica de la muerte. Como ejemplos tenemos una hemorragia cerebral o un fallo hepático.

3. El modo.

Recurrimos a la clasificación NASH de Shneidman: natural, accidental, suicidio u homicidio.

4. El motivo.

Explicar qué circunstancias condujeron a la muerte del sujeto. Una persona puede querer suicidarse tras ser abandonado por su pareja por no poder hacer frente a sus deudas, o pueden ser precisamente las deudas lo que lleve a otros a querer asesinarlo.

5. La intención.

¿Qué propósito perseguía el sujeto cuando realizó la acción? Continuamente somos testigos de un mismo hecho (como por ejemplo la ingesta masiva de medicamentos) con distintas finalidades (provocar el suicidio, movilizar el entorno familiar, conseguir un ingreso).

6. La letalidad.

Clasificar la letalidad de la acción nos ayuda a entender la certeza que tenía el sujeto sobre la probabilidad de alcanzar su propia muerte.

7. Suicidio con juicio de realidad conservado Vs sin juicio de realidad*.

Determinar si en el momento en el que el sujeto realizó la acción que acabó con su vida, presentaba alguna merma en su discernimiento.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Ante la ausencia de la principal fuente de información, el propio sujeto, hemos de entrevistarnos con las personas cercanas al fallecido. Así en sus orígenes Shneidman entrevistó a familiares, amigos, empleados, médicos o profesores de los fallecidos.

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

A mayor información disponible, mejores serán las conclusiones del investigador ⁷. Es por esto por lo que, además de entrevistar a las personas cercanas, deberemos recopilar toda la documentación disponible sobre el fallecido.

En la tabla 1 se resumen las fuentes de información a partir de las que obtener información.

Tabla 1. Fuentes de información

- Historial médico (somático y psiquiátrico).
- Documentos electrónicos (conversaciones de móviles, historial de navegación, correos, redes sociales).
- Documentos personales: cartas (de despedida o generales), fotografías, diarios.
- Recortes de prensa.
- Testimonios de testigos.
- Registros bancarios/financieros.
- Documentos legales: testamentos, denuncias, resoluciones.
- Informes policiales.
- Informe de la autopsia forense y toxicológico.

Fuente: elaboración propia.

QUE INFORMACIÓN HEMOS DE OBTENER

Nuestro conocimiento sobre las causas del suicidio está en continuo crecimiento. Esto hace que los protocolos de recogida de datos se actualicen constantemente: así las AP generan evidencia y se ha de adaptar a la nueva evidencia que se ha generado. Por lo tanto, los protocolos de Autopsia Psicológica deben estar actualizados en consonancia con el avance científico sobre la materia.

En la tabla 2 ofrecemos un listado orientativo sobre la información básica a recoger.

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Tabla 2. Elementos indispensables en la autopsia psicológica	
Identificación del entrevistado	<ul style="list-style-type: none"> -Nombre. -Edad. -Relación con el fallecido. -Tiempo transcurrido desde el fallecimiento.
Socidemográficos	<ul style="list-style-type: none"> -Edad. -Sexo. -Lugar de residencia.
Trayectoria vital	<ul style="list-style-type: none"> -Sitios en los que vivió. -Nivel educativo. -Historia laboral. -Ganancias/situación económica. -Aficiones. -Religiosidad/Creencias.
Entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> -Estructura familia origen. -Estado civil y relaciones previas. -Hijos. -Convivencia. -Relaciones sociales.
Antecedentes médicos	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnósticos. -Tratamientos. -Especial atención a dolor crónico, enfermedades terminales o incapacitantes funcionalmente.
Antecedentes psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnósticos previos. -Tratamientos recibidos: farmacológico/psicoterapéutico, dosis, respuesta, cumplimiento. -Hospitalizaciones. -Seguimientos. -Antecedentes psiquiátricos familiares.
Contactos con servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> -Fechas. -Motivos de contacto. -Personal con el que contactó. -Relacionados con el suicidio.
Cambios significativos en los meses previos.	<ul style="list-style-type: none"> -Aspecto. -Cambios clínicos. -Rendimiento/funcionalidad. -Verbalizaciones autolíticas. -Donaciones. -Cambios en el testamento. -Preparación del funeral.
Factores estresantes recientes	<ul style="list-style-type: none"> -Eventos traumáticos. -Fallecimientos recientes. -Problemas legales. -Suicidios recientes en su entorno. -Aniversarios o fechas significativas.
Escalas estandarizadas	<ul style="list-style-type: none"> -Impulsividad. -Agresividad. -Hostilidad. -Riesgo suicida. -Dimensiones psicopatológicas: ansiedad, depresión, manía, síntomas psicóticos. -Escalas diagnósticas.
Hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> -Sustancias consumidas. -Cantidades habituales y máximas. -Vías de administración/consumo. -Periodos de abstinencia.
Detalles sobre la muerte	<ul style="list-style-type: none"> -Método. -Disponibilidad del método. -Lugar. -Testigos. -Comunicaciones previas. -Descripción de la nota de despedida.
Antecedentes de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> -Personales y familiares/del entorno. -Fechas. -Métodos empleados. -Atención que recibió. -Actitud ante el suicidio. -Acceso a métodos letales.

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA

PSICOLÓGICA

METODOLOGÍA DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Dificultades metodológicas

Aunque todo estudio retrospectivo se considera de menor calidad, pretender realizar estudios prospectivos sobre el suicidio resulta difícil por:

- la baja tasa de incidencia del suicidio en población general. Esto nos llevaría a seguir muestras muy numerosas para obtener un número representativo de casos, lo que únicamente es posible a través de estudios epidemiológicos (que no nos permiten estudiar elementos indispensables en la valoración del suicidio).
- las dudas respecto a la utilidad de una valoración que no sea inmediata al suicidio. Dada la importante variabilidad de la clínica psiquiátrica (sobre todo en su relación con el suicidio), sólo la información relativa los días previos a su muerte nos sería válida ⁸.

Es por esto que el diseño retrospectivo de casos y controles parece ser el más adecuado. No obstante, no está exento de problemas metodológicos y limitaciones que conviene tener en cuenta.

Dificultades relacionadas con los informadores.

Ante la imposibilidad de entrevistar al sujeto que ha consumado el suicidio, recurrimos a sus familiares y allegados. Aparece así la primera complicación, el sesgo del informador: los informadores no garantizan la completa fiabilidad de la información aportada en la autopsia psicológica.

Entre los factores que influyen en la información aportada por los informadores destaca:

- Emocionalmente se encuentran influidos por la muerte traumática de un ser querido, lo que sin duda influye en la información aportada.
- Pueden surgir dificultades para reconstruir todo lo acontecido en los días previos: bien porque no lo hubieran presenciado o el fallecido lo hubiera ocultado deliberadamente, bien porque no lo recuerden o porque sus recuerdos se hallen distorsionados.
- La actitud de los familiares hacia el suicidio puede provocar que intenten rechazar o minimizar lo ocurrido.

Para reducir el margen de error se han propuesto diversos métodos consistentes en contrastar varias fuentes de información:

- entrevistar a más de una persona por cada caso.
- entrevistar a la misma persona en dos momentos distintos.
- entrevistar a la misma persona en dos ocasiones con distintos entrevistadores.
- entrevistar a la misma persona empleando distintos medios de evaluación.

Todas estas posibilidades suponen un esfuerzo adicional que no siempre es posible realizar o que no compensa. Sí que es indispensable contrastar la información aportada por los informadores con la documentación de la que se disponga.

Aunque la participación de los familiares en este tipo de estudios suele ser muy alta, superior al 80% ⁹, no es extraño que los familiares se nieguen a participar en los estudios. En ocasiones el malestar que aún presentan les impide hacer el esfuerzo de reunirse para hablar del fallecido, en otras ocasiones guardan rencor hacia el difunto y/o están defraudados con los profesionales de la salud mental. También puede ocurrir que el deterioro en las relaciones personales o el que estuvieran completamente aislados socialmente impida que haya personas que puedan informar sobre el fallecido. Todo ello generaría pérdida de información lo que puede sesgar la recogida de datos.

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Dificultades relacionadas con los entrevistadores

El otro elemento de la entrevista, los entrevistadores, también pueden originar sus propios sesgos. Para obtener los diagnósticos y aclarar los hechos relacionados con la muerte del sujeto el entrevistador hace uso de la información dada por los familiares y su propia capacidad profesional.

Aunque en los primeros trabajos ni siquiera se comprobó la validez del método ^{10,11}, posteriormente se realizaron trabajos en los que se evaluó la concordancia de los diagnósticos con resultados satisfactorios ⁹.

En los actuales grupos de trabajo que emplean la autopsia psicológica estas dificultades se han solventado mediante el uso de:

- a. las reuniones de consenso, en las que los casos son debatidos por el equipo, se aclaran las dudas y se comentan las dificultades.
- b. herramientas fiables como la *Semi-structured Interview for Psychological Autopsy* (en sus siglas SSIPA), validada al español por el equipo de García-Caballero y cols ^{6,12}.

Subnotificación de casos.

No siempre que se comete un suicidio este es reconocido como tal. Si bien este es precisamente uno de los objetivos de la autopsia psicológica, y no es extraño en los equipos que investigan el suicidio consumado encontrar entre los supuestos controles muertes cuyas circunstancias hagan pensar que no se trató de una muerte accidental o natural.

En otras ocasiones la pérdida de casos se debe a una incorrecta coordinación entre dispositivos. En un reciente trabajo sobre la identificación de los suicidios en España se objetivaron discrepancias entre el número de fallecimientos por suicidio entre el Instituto Nacional de Estadística (INE) y los Institutos de Medicina Legal (IML) de España. De este modo, los fallecimientos por suicidios registrados en por el INE eran sistemáticamente más bajos que los recogidos por los IML, lo que refleja las dificultades en los flujos de información y la necesidad de continuar mejorando el sistema de registro de causas de muerte ¹³.

Validez y fiabilidad de la Autopsia Psicológica.

La validez es la capacidad de un instrumento para cuantificar de forma significativa y adecuada aquello para cuya medición ha sido diseñado, la fiabilidad examina la ausencia de errores aleatorios en las medidas de un sistema de medición.

Tanto la validez como la fiabilidad de la Autopsia Psicológica ha sido demostrada en numerosos estudios ^{14,15}.

La validez de la AP ha sido demostrada tanto con la Entrevista Clínica Estructurada para los Diagnósticos del Eje I y II (SCIDI y SCID II)¹⁴ como con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) ¹⁶. Además, su validez se ha comprobado en población occidental ^{14,16} china ¹⁷, brasileña ¹⁸, india ¹⁹, o esquimal ¹⁵ lo que avala el uso universal del método.

El índice Kappa de Cohen es un coeficiente que analiza el grado de acuerdo entre dos evaluaciones que midan una variable categórica, variando entre +1 (que representa el máximo acuerdo) y -1 (máximo desacuerdo). Cuando se compararon los resultados de entrevistar directamente a los pacientes y de entrevistar mediante AP a allegados, los valores de los

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

coeficientes Kappa fueron superiores a 0.84 en los trastornos del Eje I y superiores a 0.65 al medir los trastornos del Eje II (mediante SCID I y II)²⁰. Otro trabajo similar comparó los diagnósticos realizados en vida por psiquiatras con los obtenidos a través de la autopsia psicológica en 131 sujetos (de nuevo mediante la SCID I y II), obteniéndose valores de Kappa de 0.85 en los trastornos del Eje I y de 0.65 en los del Eje II¹⁴.

El valor de estos resultados es más relevante si tenemos en cuenta que en Psiquiatría los coeficientes kappa superiores a 0.7 se consideran de alta fiabilidad, mientras que resultados menores de 0.5 son considerados bajos⁸, y más significativos son estos resultados si los comparamos con trabajos que hayan estudiado la concordancia de los diagnósticos en sujetos vivos. En estos trabajos el empleo de estas mismas herramientas diagnósticas (SCID) obtuvo unos coeficientes kappa se situaron entre 0'71 y 0'74^{21,22}, siendo también mayores en el eje I que en el II²³.

ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS: EL SSPIA

Las entrevistas semi-estructuradas, en las que se combinan preguntas abiertas e instrumentos estandarizados, han permitido mejorar la sistematización de la Autopsia Psicológica.

Las preguntas abiertas son especialmente útiles a la hora de recoger la información de la historia biográfica (como la trayectoria profesional, eventos de la infancia, relaciones familiares), así como a al realizar la reconstrucción de los días previos a la muerte y de la muerte en sí.

Los instrumentos estandarizados permiten una recogida más científica de diagnósticos médicos, psiquiátricos, rasgos (impulsividad, agresividad...).

Al configurar un protocolo de autopsia psicológica deberemos hacer una revisión sobre los distintos factores de riesgo implicados en el suicidio y ver de qué instrumentos disponemos para medirlos. En la siguiente tabla proponemos un ejemplo tomado del grupo de Giner y cols, de la Universidad de Sevilla:

Tabla 4. Configuración de un protocolo de Autopsia Psicológica	
Variable a medir	Instrumento
Diagnósticos Eje I	SCID-I
Diagnósticos Eje II	SCID-II
Impulsividad	Escala de impulsividad de Barrat
Funcionamiento global	Escala Evaluación actividad Global Previa (EEAG)
Depresión	Escala de Hamilton de Depresión
Ansiedad	Escala de Hamilton de Ansiedad
Suicidio	SAD PERSONS, NO HOPE
Agresividad	Historia de Vida de <i>Brown-Goodwin</i> de la Agresión (BGHA)

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

En los países de habla hispana tenemos el MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrada) y, más reciente, el SSIPA. El SSIPA consta de 4 módulos, cada uno de ellos consta de entre 4 y 8 ítems con los que se dirige la recogida de la información.

- Primer módulo: Precipitantes y factores estresantes.
Este módulo analiza los eventos que pudieran tener relación con la muerte del fallecido.
- Segundo módulo: Motivación.
Explora la existencia de causas por las que el sujeto quisiera morir, factores estresantes ambientales, señales de empeoramiento en su funcionamiento...

- Tercer módulo: Letalidad.
Responde a cuestiones como si se empleó un método letal, si pudo ser autoinfligido, su accesibilidad, si el sujeto podía ser consciente del peligro etc.

- Cuarto módulo: Intencionalidad.

Aclaremos la existencia del deseo de morir y la planificación y estructuración del gesto.

El SSIPA consta además de un algoritmo que facilita la elaboración de las conclusiones sobre la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. MINISTERIO DE SANIDAD PSEI. *Guía de Práctica Clínica de Prevención Y Tratamiento de La Conducta Suicida*. (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia avalia-t. C de S, ed.); 2012.
2. Scott CL, Swartz E, Warburton K. The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(0193-953X (Print)):805-822.
3. Shneidman ES. Suicide, lethality, and the psychological autopsy. *Int Psychiatry Clin*. 1969;6(0020-8426):225-250.
4. Isometsa ET. Psychological autopsy studies--a review. *Eur Psychiatry*. 2001;16(0924-9338):379-385.
5. Hawton K, Appleby L, Platt S, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord*. 1998;50(0165-0327):269-276.
6. Garcia-Caballero A, Recimil MJ, Tourino R, et al. Adaptation and validation of the semi-structured interview for Psychological Autopsy (SSIPA) in Spanish. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(1578-2735 (Electronic)):332-339.
7. Knoll JL. The psychological autopsy, part I: applications and methods. *J Psychiatr Pract*. 2008;14(1538-1145 (Electronic)):393-397.
8. Giner L. Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados. 2010.
9. Barraclough B, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry*. 1974;125(0007-1250):355-373.
10. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry*. 1960;1(0010-440X):349-359.
11. Seager CP, Flood RA. Suicide in Bristol. *Br J Psychiatry*. 1965;111(0007-1250):919-932.
12. Werlang BS, Botega NJ. A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. *Suicide Life Threat*. 2003;33(0363-0234):326-330.
13. Giner L, Guija JA. [Number of suicides in Spain: differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine]. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7(3):139-146. doi:10.1016/j.rpsm.2014.01.002
14. Kelly TM, Mann JJ. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison

METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS DE SUICIDIO CONSUMADO MEDIANTE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

- with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;94(0001-690X (Print)):337-343.
15. Chachamovich E, Haggarty J, Cargo M, Hicks J, Kirmayer LJ, Turecki G. A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *IntJCircumpolarHealth.* 2013;72(2242-3982 (Electronic)):20078.
 16. Thompson PM, Bernardo CG, Cruz DA, Ketchum NS, Michalek JE. Concordance of psychiatric symptom ratings between a subject and informant, relevancy to post-mortem research. *TranslPsychiatry.* 2013;3(2158-3188 (Electronic)):e214.
 17. Zhang J, Xiao S, Zhou L. Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study. *AmJPsychiatry.* 2010;167(1535-7228 (Electronic)):731-733.
 18. Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev BrasPsiquiatr.* 2003;25(1516-4446):212-219.
 19. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand.* 1999;99(0001-690X):407-411.
 20. Schneider B, Maurer K, Sargk D, et al. Concordance of DSM-IV Axis I and II diagnoses by personal and informant's interview. *Psychiatry Res.* 2004;127(0165-1781 (Print)):121-136.
 21. Stangl D, Pfohl B, Zimmerman M, Bowers W, Corenthal C. A structured interview for the DSM-III personality disorders. A preliminary report. *Arch Gen Psychiatry.* 1985;42(0003-990X (Print)):591-596.
 22. O'Boyle M, Self D. A comparison of two interviews for DSM-III-R personality disorders. *Psychiatry Res.* 1990;32(0165-1781 (Print)):85-92.
 23. Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1992;49(0003-990X (Print)):630-636.