



AUTOPSIA PSICOLÓGICA

A. García Caballero y cols.

Servicio de Psiquiatría, CHOU

Julio Jiménez y cols.

Instituto Medicina Legal de Galicia, Ourense

Hic locus est ubi mors gaudet succurrere vitae

[Este es el lugar en que los muertos se complacen en
ayudar a los vivos]

Sumario

- Epidemiología
- Factores de riesgo suicida
- Datos Ourense
- Autopsia psicológica
- Validación SSiPA
- Propuestas para la prevención

Epidemiología

- En el año 2005 se produjo en Galicia cerca de **una muerte por suicidio al día N=329 casos/ año**
- Una cifra comparable a la de fallecidos en **accidente de tráfico N=375**, pero que claramente no recibe el mismo tratamiento por parte de la opinión pública ni de las agencias estatales

Epidemiología

- El suicidio es más frecuente a medida que aumenta la edad
- Pero no es sólo un problema que afecta a los mayores: 2^a- 4^a causa de muerte en individuos entre 15 y 44 años (De Leo, 2004)

Factores de riesgo

- Sociales: pobreza, soledad, edad avanzada, duelo, discusiones, rupturas de pareja (>hombres), problemas legales o laborales
- Patológicas: Enfermedades mentales y patologías físicas: dolor o incapacidad (De Leo, 2004)
- "..Nadie se mata a menos que tenga algún problema.." (Al Alvarez, 2003)

Teorías recientes

- Why people die by suicide (Joiner, 2005)
- Tres factores:
 - sentimientos de inutilidad
 - percepción de uno mismo como carga
 - pérdida del sentimiento de pertenencia a un grupo

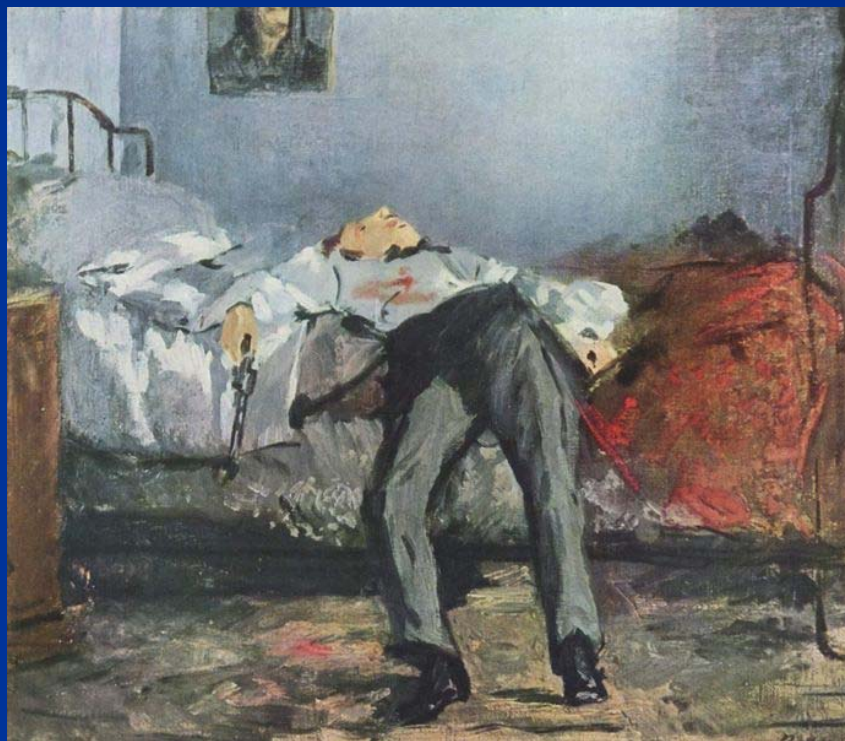
Epidemiología Ourense

- En la provincia de Ourense se produjeron una media de 31 suicidios anuales, en el período 1999-2003. Alrededor del 50% tenían entre 20 y 50 años (Datos INE)
- En el 2005 esa cifra se elevó a 48



- Datos INE. Los recoge el forense son: sociodemográficos y medicolegales
- Carecemos de datos biográficos...
- Conocer en cada población las causas de los suicidios consumados, es una importante contribución para poder implementar medidas de prevención eficaces

AUTOPSIA PSICOLÓGICA



DEFINICIÓN

- Reconstrucción retrospectiva de la vida de una persona fallecida llevada a cabo para obtener una mejor comprensión de su muerte (Shneidman, 1981)

AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Se lleva a cabo:

- (Examen del escenario de la muerte – determinación de “huellas psicológicas”)
- Entrevista a personas que conocieron de cerca al fallecido
- Revisión de la historia clínica y escritos del suicida.

Para determinar:

- Antecedentes psi y perfil sociodemográfico
- Desencadenantes
- Motivación
- Intencionalidad
- Letalidad

PROBLEMAS DEL MÉTODO

- Recuerdo parcial o recuerdo selectivo (por lo general se recuerdan aspectos positivos)
- Información errónea (desconocimiento de consumo de drogas, orientación sexual y dificultades relacionales)
- Ocultación deliberada de información
- Sesgos del entrevistador al considerar que ha sido un suicidio sin manejar otras hipótesis

Problemas principales: **validez y fiabilidad del método**

Este último aspecto ha intentado controlarse con la utilización de entrevistas estructuradas o semi-estructuradas: SSIPA de B. Werlang

SSIPA: semi-structured interview for psychological autopsy

SSIPPA (Werlang, 2003)

- Entrevista semiestructurada para el desarrollo de autopsia psicológica en casos de suicidio
- Está constituida por 69 items divididos en cuatro módulos: precipitantes y estresores, motivación, letalidad e intencionalidad
- Tras su aplicación se ha demostrado su elevada fiabilidad interexaminadores
- Útil en estudios individuales y en estudio de factores de riesgo

II. OBJETIVOS

- 1. Adaptación y validación de la SSIPA en castellano
 - Adaptación: Traducción/ retrotraducción por bilingües y posterior discusión por expertos
 - Validación: Grado de concordancia en los diferentes pasos del algoritmo de toma de decisiones entre 3 examinadores, mediante el estadístico kappa. Comparación con el trabajo original.
- 2. Estudio cualitativo: “perfiles”

III. Participantes

- Octubre 2005 a agosto de 2008 (incl.)
Nº suicidios= 94
- Autopsias psicológicas realizadas= 26
(27,6%)

IV. Procedimiento

- En el levantamiento del cadáver el forense contacta con los familiares informándoles de la posibilidad de participar en el estudio, solicitando su autorización para facilitarnos su dirección y teléfono
- Una semana después se realiza contacto telefónico en el que se explica el propósito de la entrevista y se concierta la misma
- Previo consentimiento informado se realiza la entrevista siguiendo la SSIPA. Los entrevistadores son psiquiatras, o residentes de psiquiatría, todos ellos con experiencia en el manejo de situaciones de duelo

IV. Procedimiento (cont.)

- Las entrevistas se graban en audio digital
- Estas grabaciones son después evaluadas siguiendo el Formulario para la Toma de Decisiones (FTD) por tres evaluadores de forma ciega

IV. FTD. Evaluación de los precipitantes y/o estresores

- ¿Ocurrió algo de forma reciente que pueda tener relación con el fallecimiento?
- ¿Existe(n) evento(s) con posible relación con el hecho? (SI/NO) Especifique.
- ¿La reacción del fallecido demuestra que el/los evento(s) causó(aron) una movilización afectiva o frustración lo suficientemente importante como para provocar modificaciones en el comportamiento, pudiendo haberle llevado al suicidio? (SI/NO)
- ¿No existen otros factores que también hayan podido influir en la decisión de suicidarse? (SI/NO) Especifique
- Existen causas inductoras y/o de estrés (inmediatas) que han compelido al individuo a suicidarse. (SI/NO)

IV. FTD. Evaluación de la motivación

- ¿Hay fuerzas y/o razones psicológicas (a lo largo de su vida) para que quisiese morir? ¿Por qué ocurrió el suicidio?
- ¿Hay problemas psicosociales, ambientales o eventos que son graves o lo bastante graves como para conducir a la decisión de terminar con ellos?
- ¿Hay síntomas de mal funcionamiento biopsicosocial que explicarían la acción?
- ¿Hay antecedentes familiares u otros habitualmente considerados predisponentes del acto suicida?
- ¿Hay rasgos de personalidad que impliquen la existencia de patrones de no enfrentamiento existencial?
- ¿Habrá otras razones que expliquen mejor el hecho? ¿Cual es su gravedad, frecuencia, duración y efecto?
- Conclusión: Existen fuerzas y/o razones psicológicas (a lo largo de la vida) que determinan el comportamiento suicida (SI/NO)

IV. FTD. Evaluación de la letalidad

- ¿Se utilizó un método letal?
- ¿Tenía la víctima conocimientos y/o capacidad de evaluar el grado de letalidad del método?
- ¿La elección y el uso del método parecen sugerentes de una acción autoinfligida?
- ¿El método era accesible o era fácil de conseguir?
- ¿Hay otra manera mejor de explicar la acción letal?

IV. FTD. Evaluación de la intencionalidad

- ¿Cómo llegó a ocurrir el hecho? ¿Hay pruebas de una planificación construida paso a paso?
- ¿Existen pruebas de que el fallecido ha desempeñado un papel directo y consciente para efectuar su propia muerte? ¿Hay pruebas de una planificación construida paso a paso?
- ¿Mostró actos interpersonales, pistas verbales y/o de comportamiento, que podrían denunciar el propósito y la intención de suicidarse como la solución para sus problemas?
- ¿Parece que hubo impulsividad?
- ¿Escogió lugar, hora, día y método sugerente de consumación del acto autodestructivo como única opción disponible?

IV. FTD. Evaluación de la intencionalidad (cont.)

- ¿Hizo recomendaciones, tomó providencias, distribuyó objetos, hizo testamentos, escribió cartas o notas o tuvo otros comportamientos sugerentes de un posible suicidio?
- ¿Es posible justificar la acción autodestructiva por una situación insoportable y/o por altruismo?
- ¿Hay en su estilo de vida participación en actividades peligrosas y/o nocivas para la salud que podrían mostrar deseos o intención de morir?
- ¿Parece que hubo falta de capacidad para evaluar la situación de riesgo?
- ¿Fue un acto de heroísmo?

IV. Procedimiento (cont.)

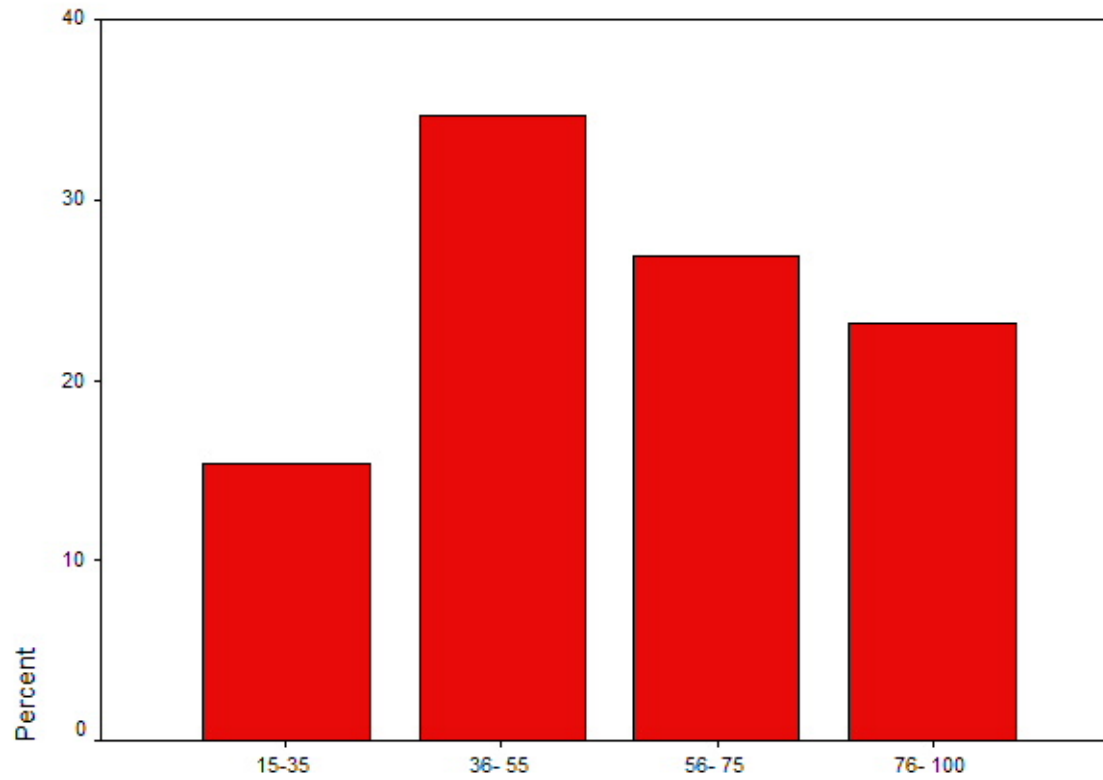
- Los resultados obtenidos en el FTD son introducidos en epidat, calculándose el índice de concordancia interexaminadores kappa:
 - < 0 sin acuerdo
 - $0 - 0,20$ pobre
 - $0,21 - 0,40$ débil
 - $0,41 - 0,60$ moderado
 - $0,61 - 0,80$ bueno
 - $0,81 - 1,00$ muy bueno

V. Resultados

Demografía

	N	%
Género		
Masculino	11	42,3
Femenino	15	57,7
Edad (años)		
15 – 35	4	15,4
36 – 65	10	38,5
65 – 100	12	46,2
Estado civil		
Soltero	9	34,6
Casado	7	26,9
Divorciado	7	26,9
Viudo	3	11,5

EDADAGR2

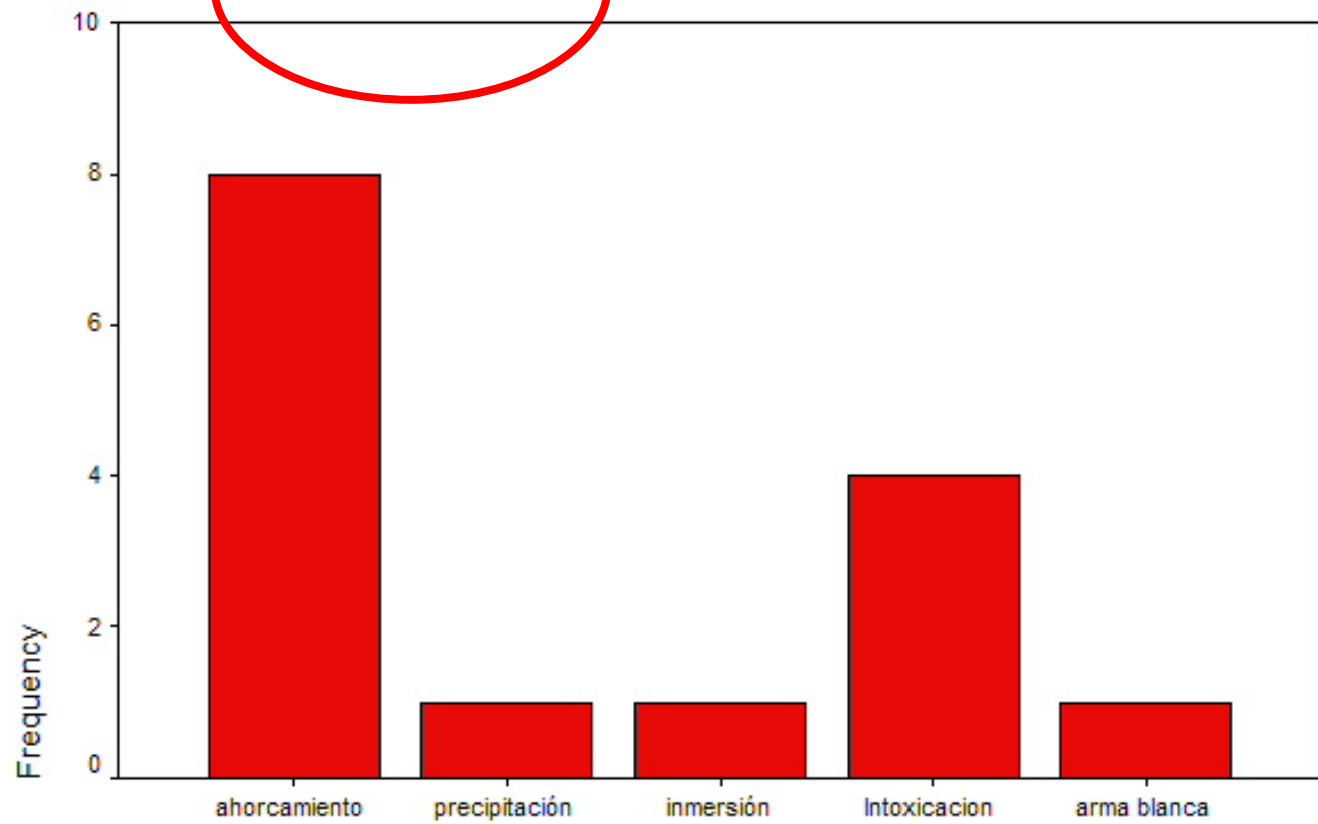


EDADAGR2

Método		
Intoxicación	4	15,4
Inmersión	2	7,7
Ahorcamiento	15	57,7
Arma de fuego	1	3,8
Precipitación	2	7,7
Electrocución	1	3,8
Situación laboral		
Estudiante	2	7,7
Trabajador en activo	4	15,4
Baja laboral por enfermedad	1	3,8
Desempleado	5	19,2
Jubilado	11	42,3

METODO

SEXO 2 mujer



METODO

Concordancia

- muy buena ($k > 0,80$) en los pasos 1 y 4 del módulo de intencionalidad
- buena ($k > 0,60$) en otros 13, incluyendo 3 de los 4 pasos finales de cada módulo y el resultado final de la autopsia
- moderada ($k > 0,40$) en 8 pasos, de los que 3 se localizan en el módulo de motivación
- débil ($k > 0,20$) en tan sólo 2 pasos, el paso 6 del módulo de motivación y el paso 5 del módulo de intencionalidad.

Propuestas para la Prevención:

- Muchos pacientes **crónicos** son vividos como "cargas". Son pacientes "pesados" a los que tenemos *poco* que ofrecer DESDE EL PDV MÉDICO PERO NO DESDE PDV PSICOLÓGICO
- Explicitar nuestro desaliento:
"ya hemos hecho todo lo posible"
es más terapéutico para el médico que para el paciente: autonomía/ esperanza
- Preparar al paciente para aceptar el declive funcional, contextualizar los síntomas y dar tiempo:
ir siempre un paso por detrás del paciente

Grupo emergente: mujeres entre 35- 55 años

- Motivación sentimental
- Abuso de alcohol o historia de malos tratos
- Alteraciones de la personalidad y antecedentes de intentos previos
- No banalizar la demanda por problemas de pareja: abordaje urgente de la crisis, y manejo psicoterapéutico
- Proyecto piloto de SERGAS en Ourense en 2009: psicoterapia y seguimiento en pacientes que realicen intentos autolíticos



Gracias