

Estudios de autopsia psicológica: una revisión

E. T. Isometsä

Unidad de Investigación de los Trastornos del Estado de Ánimo y el Suicidio, Departamento de Investigación en Salud Mental y Alcohol, Instituto Nacional de Salud Pública, Mannerheimintie 166 FIN-00300 Helsinki, Finlandia

Resumen - La autopsia psicológica es una de las herramientas más valiosas de la investigación sobre el suicidio consumado. El método implica recoger toda la información disponible sobre el fallecido por entrevistas estructuradas de los miembros de la familia, los parientes o los amigos, así como del personal sanitario que le atendió. Además, se recoge información de las historias médicas y psiquiátricas disponibles, otros documentos y el examen forense. Así, una autopsia psicológica sintetiza la información de múltiples informantes y registros. La primera generación de autopsias psicológicas estableció que más del 90% de los suicidas que consumaron el acto había sufrido trastornos mentales habitualmente comórbidos, la mayoría de ellos trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias o ambos. Además, revelaron un infratratamiento notable de estos trastornos mentales, a menudo a pesar del contacto con los servicios psiquiátricos u otros servicios sanitarios. Los estudios de autopsia psicológica más recientes han utilizado sobre todo diseños de casos y controles, y han podido de este modo estimar mejor el papel de diversos factores de riesgo para el suicidio. El futuro de los estudios de autopsia psicológica puede estar más centrado en las interacciones entre los factores de riesgo o los dominios de factores de riesgo, en algunas poblaciones suicidas específicas de mayor interés para la prevención del suicidio, o la combinación de la metodología de la autopsia psicológica con mediciones biológicas.

alcoholismo / comorbilidad / depresión / autopsia psicológica / suicidio

INTRODUCCIÓN

"Autopsia psicológica" se refiere a un método de investigación por el cual se recoge información retrospectiva amplia con respecto a las víctimas de suicidio consumado. El propósito del procedimiento es obtener una visión lo más clara y precisa posible de la situación vital, la personalidad, la salud mental y el posible tratamiento proporcionado por las instituciones sanitarias antes del suicidio. Este proceso se enfrenta a algunos problemas metodológicos inevitables, pero normalmente es posible emprenderlo y ofrece algunas

ideas insustituibles del proceso del suicidio [14, 19]. Se han llevado a cabo ya más de 20 proyectos de autopsia psicológica importantes en diversos países y culturas: en Norteamérica, Europa, Australia y Nueva Zelanda, Israel, Taiwán e India, y hay más proyectos importantes en curso en diversos entornos. Así, se está acumulando actualmente una base global de información sobre las vías para el suicidio, las características de las víctimas y algunos problemas comunes en la prevención del suicidio que estas historias vitales revelan. El presente artículo revisa la historia, la metodología y algunos hallazgos pertinentes de estos estudios.

HISTORIA DEL MÉTODO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Algunos investigadores del comportamiento autodestructivo habían investigado de hecho los suicidios ya en las décadas de 1920 en París y de 1930 en Nueva York recogiendo información sobre una víctima a partir de diversas fuentes disponibles [14, 32]. Sin embargo, el primer estudio moderno de autopsia psicológica de suicidios consecutivos lo realizaron Eli Robins y sus colaboradores en la Universidad de Washington en San Luis, MO., EE.UU., en 1956-57 [32]. Investigaron cuidadosamente 134 suicidios consecutivos durante un periodo de 1 año. Dorpat y Ripple replicaron sus hallazgos en un segundo estudio en el área de Seattle pocos años después [16]. Aproximadamente al mismo tiempo, Robert Litman, Norman Farberow y Edwin Schneidman en el Centro de Prevención del Suicidio de Los Angeles (LASPC) habían desarrollado un método para ayudar a la oficina del examinador médico a decidir si un fallecido había consumado el suicidio o había muerto accidentalmente. Se ha atribuido a Edwin Schneidman haber acuñado la expresión "autopsia psicológica" [14]. Sin embargo, aunque el grupo del LASPC era muy influyente en numerosos aspectos, su interés estaba en gran parte en clasificar las causas de muerte. El trabajo de Robins y cols. [32] fue un modelo más importante para las autopsias psicológicas futuras, pues investigaba de primera intención los suicidios, implicaba entrevistas estandarizadas de los familiares más cercanos, y examinaba todos los suicidios consecutivos en un área de captación definida.

El primer estudio europeo de autopsia psicológica lo realizaron Barraclough y sus colaboradores en el oeste de Sussex y Portsmouth en Inglaterra en 1966-69, examinando cuidadosamente 100 suicidios consecutivos [5]. Desde entonces, se han realizado varios estudios de autopsia psicológica en varios países en Europa, Norteamérica, Australia y Nueva Zelanda, Israel, Taiwán e India. Los estudios publicados antes del año 2000 [1-6, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 18, 21, 25, 28, 31-36, 38] se han enumerado en la tabla I (en aras de la brevedad, sólo se hace una referencia clave para cada proyecto). En conjunto, los hallazgos de estos estudios son muy convergentes con independencia de la cultura y proporcionan una base acumulada de información con respecto a los factores relacionados con el suicidio. Sin embargo, hay todavía pocos estudios que incluyan los suicidios rurales o las víctimas ancianas, y demasiado pocos trabajos realizados de Europa Occidental o del Norte, EE.UU. y Canadá.

La primera generación de estos estudios la constituían trabajos no controlados descriptivos de casos de suicidio consecutivos. Como tales, proporcionaban primeras ideas valiosas de la naturaleza del comportamiento suicida fatal, pero tenían también algunas limitaciones metodológicas. Durante la última década, ha surgido una segunda generación de autopsias psicológicas. Estos estudios (por ejemplo, [1, 12, 18, 25, 34, 36]) han aplicado sobre todo un diseño de casos y controles, han extraído sus sujetos de control vivos de una muestra representativa de la población general y han utilizado entrevistas estandarizadas para comprobar los trastornos mentales y su comorbilidad, tanto entre sus casos como entre sus controles.

LA METODOLOGÍA DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Rasgos generales

El procedimiento de la autopsia psicológica tiene dos elementos principales: 1) entrevistas amplias de los miembros de la familia y otras personas íntimamente relacionadas y 2) la recogida de todos los documentos pertinentes posibles médicos, psiquiátricos y de otro tipo de los fallecidos. Una autopsia psicológica típica tiene uno o dos informantes principales, por ejemplo, un cónyuge, compañero, padre o hijo adulto, u otro familiar cercano, y a menudo otro informante en representación del personal sanitario que prestó la asistencia. Además, se puede entrevistar a otros informantes, incluidos otros familiares cercanos, amigos o personal asistencial. Hawton y cols. [19] han publicado hace poco una excelente revisión metodológica de orientación práctica de la autopsia psicológica, particularmente útil para los investigadores dentro del Reino Unido [19]. En lo que sigue, se describe con más detalle la metodología de la fase de investigación del Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio en Finlandia en 1987-88, el mayor proyecto de autopsia psicológica que se haya emprendido nunca, para ilustrar un procedimiento de autopsia psicológica.

El procedimiento de autopsia psicológica de la fase de investigación del Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio en Finlandia

El Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio fue creado por la Junta Nacional de Salud Finesa en

Tabla I. Estudios de autopsia psicológica de suicidios no seleccionados de la población general.

<i>Estudio [ref]</i>	<i>N</i>	<i>Muestra</i>	<i>País</i>
Robins y cols., 1959 [32]	134	no seleccionada	EE.UU.
Dorpat y Ripley, 1960 [16]	114	no seleccionada	EE.UU.
Barracough y cols., 1974 [5]	100	no seleccionada	Reino Unido
Beskow, 1979 [6]	271	no seleccionada	Suecia
Chynoweth y cols., 1980 [13]	135	no seleccionada	Australia
Mitterauer, 1981 [28]	145	no seleccionada	Austria
Shafii y cols., 1985 [35]	21	adolescentes	EE.UU.
Rich y cols., 1986 [31]	283	no seleccionada	EE.UU.
Arato y cols., 1988 [3]	200	no seleccionada	Hungría
Brent y cols., 1988 [8]	67	adolescentes	EE.UU.
Runeson, 1989 [33]	58	adolescentes	Suecia
Åsgård, 1990 [4]	104	femenina	Suecia
Conwell y cols., 1991 [15]	141	ancianos	EE.UU.
Apter y cols., 1991 [2]	43	varones jóvenes	Israel
El Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio en Finlandia [21]	1.397	no seleccionada	Finlandia
Lesage y cols., 1994 [25]	75	varones jóvenes	Canadá
Cheng, 1995 [12]	116	no seleccionada	Taiwán
Shaffer y cols., 1996 [34]	119	varones jóvenes	EE.UU.
Foster, 1997 [18]	117	no seleccionada	Reino Unido (Irlanda del Norte)
Waern y cols., 1999 [38]	85	ancianos	Suecia
Appleby y cols., 1999 [1]	84	adultos jóvenes	Reino Unido
Vijayakumamar y Rajkumar, 1999 [36]	100	varones jóvenes	India
Cavanagh y cols., 1999 [9]	45	varones jóvenes	Reino Unido (Escocia)

1986, y su propósito explicado era reducir la mortalidad por suicidio en Finlandia. Durante la fase de investigación del proyecto, se registraron cuidadosamente y analizaron utilizando el método de autopsia psicológica todos los suicidios cometidos en Finlandia (N = 1.397) entre el 1 de abril de 1987 y el 31 de marzo de 1988.

La definición de suicidio se basó en la ley finesa para la determinación de las causas de la muerte: en todo caso de muerte violenta, repentina o inesperada, la posibilidad de suicidio es evaluada por la policía e investigaciones médico-legales que implican la autopsia y exámenes forenses. Durante los 12 meses de duración de la fase de investigación del proyecto, esta recogida de datos fue más detallada de lo habitual. Los datos referentes a las víctimas clasificadas como suicidas en el examen forense se recogieron por entrevistas amplias con los familiares y el personal sanitario que prestó atención a las víctimas, a partir de las historias psiquiátrica, médica y de servicios sociales, y a partir de las cartas de suicidio. Las entrevistas las realizó un total de 245 profesionales de la salud mental, la mitad de los cuales aproximadamente eran psicólogos (el 47%), siendo los restantes sobre todo personal de enfermería psiquiátrica (el 27%), trabajadores sociales (el 15%) o médicos (el 8%). Los impresos de entrevista se planearon para el proyecto,

y se adiestró a los profesionales en su uso. Se realizaron cuatro tipos de entrevistas:

1) Las entrevistas cara a cara con los miembros de la familia se llevaron a cabo por regla general en su domicilio, después de obtener con antelación el consentimiento informado. La entrevista se emprendía normalmente unos 4 meses después del suicidio y tenía una duración media de 2 horas y 45 minutos. Los impresos de la entrevista estructurada contenían 234 elementos referentes a la vida cotidiana y el comportamiento de la víctima, los factores familiares, el uso de alcohol y otras drogas, la suicidalidad anterior, la búsqueda de ayuda y los acontecimientos vitales recientes. Esta entrevista se pudo emprender en 1.155 de los 1.397 casos de suicidio (el 83%).

2) Se entrevistó cara a cara a los profesionales sanitarios que habían atendido a la víctima durante los 12 meses anteriores con un impreso estructurado que contenía 113 elementos sobre el estado de salud de la víctima, el tratamiento en el sistema sanitario, los factores generadores de estrés psicosocial y el nivel de funcionamiento. Esta entrevista se realizó en 612 casos (el 43,8%). En los casos restantes, había normalmente tan pocos contactos sanitarios que no se disponía de ningún profesional que hubiera conocido bien al fallecido.

3) El último contacto con los profesionales sanita-

rios o los servicios sociales se evaluó separadamente entrevistando cara a cara o por teléfono a la persona que atendió a la víctima con una entrevista semiestructurada que contenía ocho elementos. Esto se realizó en 860 casos (el 61,6%).

4) Se celebraron entrevistas no estructuradas adicionales por teléfono si era necesario. Estos informantes podían incluir otros familiares, amigos u otras personas que hubieran tenido una relación íntima con la víctima.

Se recogió información también de los certificados de defunción (el 100%), las historias psiquiátrica y médica (1.129 casos [el 80,0%]), los informes policiales y forenses (el 99,9%), las cartas de suicidio (dejadas por 389 casos [el 27,8%]) y otros registros disponibles sobre los casos. Un equipo multidisciplinar debatió todos los casos, y se redactaron informes clínicos completos a partir de toda la información disponible [21, 24, 27].

Investigación de los trastornos mentales como parte de la autopsia psicológica

Casi todos los estudios de autopsia psicológica han investigado los trastornos mentales de las víctimas de suicidio como parte de su diseño. Esto requiere recoger información de las diversas instituciones de tratamiento a cargo de la atención así como entrevistar al personal encargado de ésta y al familiar más cercano utilizando métodos de entrevista estructurada. En la actualidad, la mayoría de los estudios aplica las entrevistas estructuradas disponibles para la investigación clínica. Si se han de investigar trastornos de la personalidad, es esencial que el enfoque no esté exclusivamente en el comportamiento de las víctimas durante los meses finales. Es deseable integrar información de varias fuentes pues, por ejemplo, los padres de adolescentes no conocen siempre los problemas de uso de sustancias que su hijos pueden haber tenido.

En el Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio en Finlandia, los trastornos mentales de las víctimas de suicidio se examinaron en un estudio diagnóstico de una muestra aleatoria no estratificada de 229 (16,4%) del total de 1.397 suicidas. La evaluación diagnóstica retrospectiva de los casos según los criterios del DSM-III-R, ponderando e integrando toda la información disponible, tuvo lugar en dos fases [21]. En primer lugar, dos pares de psiquiatras realizaron independientemente diagnósticos provisionales según la mejor estimación, cuya fiabilidad

se comprobó; en segundo lugar, todos los casos que implicaban un desacuerdo diagnóstico se analizaron de nuevo con un tercer psiquiatra para lograr un consenso para los diagnósticos según la mejor estimación finales. La fiabilidad alcanzada iba de moderada a excelente (kappa de 0,52-0,94) [21]. Sin embargo, algunos estudios de autopsia psicológica más pequeños en los que sólo un reducido número de entrevistadores y diagnosticadores recogieron la información y asignaron los diagnósticos han comunicado una fiabilidad excelente (kappa de 0,80-1,00) en casi todas las categorías diagnósticas (por ejemplo, [10-12, 17, 25]). Tener pocos entrevistadores y diagnosticadores reduce probablemente la varianza de error metodológico, y resulta en una fiabilidad más alta.

En conjunto, los más de 20 proyectos de autopsia psicológica importantes han documentado que, con raras excepciones, la presencia de un trastorno mental es una condición necesaria, aunque no suficiente, para que se produzca un suicidio consumado. Los hallazgos de estos estudios se resumen en la tabla II. Las dos categorías más prevalentes de trastornos mentales entre los suicidios consumados son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por uso de sustancias. Además, la comorbilidad de trastornos mentales parece ser la regla [1, 11, 17, 18, 21, 36]. Las autopsias psicológicas controladas de segunda generación han confirmado el notable impacto del estado de ánimo y el uso de sustancias [12] o los trastornos del estado de ánimo y de personalidad [17] concurrentes en la multiplicación del riesgo de suicidio.

Casos de control

La elección de un grupo de control apropiado se ha debatido durante la evolución del método. Al final, el tipo de sujeto de control lo determinan las hipótesis que se someten a prueba. Como la mayoría de los investigadores ha buscado factores de riesgo para el suicidio en comparación con la población general utilizando un diseño de casos y controles, una elección natural pueden ser los casos de control emparejados según la edad y el género. Sin embargo, es difícil excluir los sesgos introducidos por el hecho de que los casos han fallecido mientras que los controles no. Idealmente, la información sobre los controles vivos se debería obtener de sus familiares más cercanos para evitar el sesgo de información. Qué proporción de los controles elegibles consienta en esto es otra cuestión.

Los casos de control psiquiátrico vivos podrían ser la elección al investigar los posibles factores de riesgo específicos que operan en las poblaciones de alto riesgo seleccionadas, pues los factores de riesgo para el suicidio consumado a menudo son los que seleccionan a los pacientes que se van a derivar a los psiquiatras, y no ayudan necesariamente a diferenciar entre un riesgo alto y uno bajo dentro de una población de alto riesgo.

Algunos autores han defendido el uso de controles emparejados en cuanto al duelo, como las víctimas de accidentes de tráfico u otras causas de fallecimiento. Aunque la similitud en cuanto al duelo es una ventaja obvia, un problema es que resulta poco probable que las víctimas de accidentes de tráfico representen una muestra aleatoria de la población general. En conjunto, la elección de controles depende de la pregunta científica que los investigadores intentan responder [19].

Consideraciones éticas

Las cuestiones éticas son particularmente importantes al entrevistar a sujetos que han perdido hace poco a un miembro de la familia en condiciones a menudo traumáticas, generadoras de ansiedad y culpa y a veces caóticas. La autopsia psicológica se realiza por regla general 3-12 meses después del suicidio, para permitir tiempo para el duelo [14, 19].

Es práctica común dirigirse al entrevistado primero por carta y luego por teléfono. Se debe dar información completa a los entrevistados sobre el estudio, y únicamente se los puede entrevistar si dan consentimiento informado para participar, y tienen completo derecho a negarse en cualquier momento. La integridad del fallecido se debe respetar. Ello puede ser difícil a veces, cuando, por ejemplo, el difunto sufría trastorno de la personalidad o abusaba de sustancias; sin embargo, incluso entonces las preguntas de investigación se pueden formular de manera respetuosa y comprensiva, apuntando más bien al sufrimiento final tanto de la víctima como del familiar.

Los investigadores que llevan a cabo la autopsia psicológica suelen encontrar que los familiares encuentran liberadora la entrevista de investigación, en lugar de hallarla cargada de estrés. Si es necesario, se debe ayudar a cualquier familiar que necesite apoyo psicológico adicional o tratamiento psiquiátrico a entrar en contacto con las facilidades respectivas.

Tabla II. Prevalencia de trastornos mentales que preceden al suicidio en los estudios de autopsia psicológica

<i>Trastorno mental</i>	<i>Amplitud de la prevalencia actual</i>
Trastornos depresivos	30-90%
Trastorno bipolar	0-23%
Esquizofrenia	2-12%
Dependencia/abuso de alcohol	15-56%
Trastornos de la personalidad	0-57%
Cualquier trastorno mental	81-100%

AUTOPSIA PSICOLÓGICA Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Comunicación del intento de suicidio

La comunicación del intento de suicidio es un signo obvio de riesgo de suicidio, aunque su ausencia no es en modo alguno garantía de ausencia de riesgo. La comunicación del suicidio ha sido foco de la investigación en casi todos los estudios de autopsia psicológica. Sin embargo, qué constituye con precisión la "comunicación del intento de suicidio" está lejos de ser inequívoco y, por tanto, el abanico de víctimas que, según informes, comunicaron su intención varía mucho. Si se incluyen sólo las declaraciones muy explícitas de la intención, parece que alrededor del 33-50% de todas las víctimas ha comunicado su intención a los miembros de la familia, y una proporción aproximadamente similar (pero no necesariamente los mismos sujetos) lo ha hecho a los profesionales sanitarios durante los meses finales [5, 24, 32].

Una de las razones por las que los suicidios parecen constituir de modo tan general una sorpresa es que, en los suicidios consumados, no es muy común que la comunicación de la intención esté cercana temporalmente al acto. Esto se puede deber quizá a una decisión deliberada de no dejar a nadie intervenir, a ambivalencia con respecto al asunto o a desesperanza. Por ejemplo, de los 100 suicidas que vieron a un profesional sanitario el mismo día del suicidio en Finlandia en 1987-88, sólo el 21% comunicó su intención [23]. Así, la vía que lleva al suicidio consumado no incluye normalmente la comunicación de la intención a alguien durante los días finales. Si el sujeto era ambivalente con respecto a la decisión y había buscado ayuda contactando con un profesional, entonces esa búsqueda de ayuda había fracasado.

Contactos recientes con la asistencia sanitaria

El contacto con las instituciones sanitarias es un prerrequisito necesario para que la asistencia sanitaria intervenga en la prevención del suicidio. Así, investigar si los sujetos que se suicidan han tenido algún contacto con la asistencia sanitaria antes del suicidio es importante para estimar las posibilidades de las intervenciones sanitarias. En conjunto, parece que la mitad aproximadamente de los que finalmente se suicidan han tenido contacto con diversos entornos sanitarios durante su último mes. Los datos sobre contactos sanitarios antes del suicidio se han revisado sistemáticamente hace poco [29].

Tratamiento específico recibido para trastornos mentales

En conjunto, el 30-90% de todos los suicidas ha sufrido trastornos depresivos que preceden al acto fatal [1-6, 8, 12, 13, 15, 16, 18, 21, 25, 28, 31-36, 38]. La depresión mayor es el trastorno mental individual más importante relacionado con el riesgo de suicidio, de manera que es pertinente investigar cómo se trató la depresión antes del suicidio. Las publicaciones de autopsia psicológica acerca de los suicidas adultos han sido convergentes documentando que la gran mayoría de ellos no ha recibido tratamiento específico para la depresión, y si lo ha recibido, parece que éste ha sido inadecuado por regla general. Sólo un tercio aproximadamente ha recibido terapia antidepresiva, y muy pocos psicoterapia regular o TEC [5, 24]. Si se utilizan criterios estrictos para definir el tratamiento adecuado, casi todos los suicidios en la depresión mayor parecen haberse producido en casos no tratados o infratratados. Para la prevención del suicidio, ha parecido evidente la necesidad de mejorar la calidad de la asistencia y un seguimiento continuo en el tratamiento de la depresión mayor. Sin embargo, la elevada probabilidad de diversos tipos de comorbilidad psiquiátrica y somatopsiquiátrica, un periodo variable (de hasta 30 años) entre los primeros contactos psiquiátricos y la consumación del suicidio, y la omisión corriente de comunicación de la intención suicida a los profesionales sanitarios que estos estudios han revelado complican inevitablemente esta tarea.

Un estudio que indica que una proporción considerable de suicidas ancianos en el área de Gothenburg en Suecia en 1994-1996 había recibido en realidad tratamiento adecuado antes de consumir el suicidio ha

puesto en duda hace poco esta idea común de una ausencia de tratamiento o infratratamiento [37]. Ello podría reflejar el aumento del conocimiento de la depresión y el riesgo de suicidio entre los médicos durante los primeros años de la década de 1990, y la mejora del tratamiento de la depresión entre los ancianos en la población general. Puede indicar también limitaciones en el potencial para prevenir suicidios mejorando el tratamiento de la depresión. Una cuestión importante –además de la replicación– es si estos hallazgos con respecto a los suicidas ancianos se pueden generalizar a otros grupos de edad. Un estudio de autopsia psicológica de sujetos que consumaron el suicidio durante el tratamiento de litio indicó que el mal cumplimiento del tratamiento puede ser un obstáculo importante para la prevención del suicidio [22]. Así, es poco probable que la mera provisión de tratamiento tenga éxito.

Los hallazgos por lo que se refiere al tratamiento recibido han sido bastante similares también con respecto a otros trastornos mentales. Los sujetos con trastornos por uso de sustancias parecen haber recibido con poca frecuencia un tratamiento específico para su trastorno, aun cuando hayan estado en contacto con la asistencia sanitaria [30]. Además, en los suicidios entre sujetos con esquizofrenia, el infratratamiento puede ser un factor parcialmente responsable del hecho [20]. Sin embargo, no se sabe en la actualidad si algún tratamiento psiquiátrico es realmente eficaz en la reducción de la mortalidad por suicidio. El estudio de los suicidios consumados únicamente puede ayudar a generar hipótesis razonables y aumentar el conocimiento de los problemas de la calidad de la asistencia.

EL FUTURO DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Dado el número de autopsias psicológicas publicadas ya, las autopsias psicológicas futuras deberían llevarse a cabo con mayor cuidado en grupos de alto riesgo y sobre cuestiones pertinentes para la prevención del suicidio, como la comparación del tratamiento que recibieron los suicidas con el de otros pacientes. Debido a su etiología multifactorial, es probable que integrar diferentes dominios de factores de riesgo haga progresar más la comprensión del suicidio. Los estudios que combinan los dominios psiquiátrico y psicosocial de los factores de riesgo en la autopsia psicológica (por ejemplo, [10, 17]), o en los que se ha utilizado en la investigación de los antecedentes familiares del comportamiento suicida [7] o en un estudio

autorradiográfico cadavérico de la fijación de 5-HTT [26], son ejemplos excelentes de aplicaciones germinales de la autopsia psicológica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Appleby L, Cooper J, Amos T, Faragher B. Psychological autopsy of suicides by people under 35. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 168-74.
- 2 Apter A, Bleich A, King RA, Kron S, Fluch A, Kotler M, et al. Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 138-42.
- 3 Arato M, Demeter E, Rihmer Z, Somogyi E. Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 454-6.
- 4 Åsgård U. A psychiatric study of suicide among urban Swedish women. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 115-24.
- 5 Barradough BM, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974; 125: 355-73.
- 6 Beskow J. Suicide and mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 277 (Suppl): 1-138.
- 7 Brent DA, Bridge J, Johnsson B, Conolly J. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 1145-57.
- 8 Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, et al. Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 581-8.
- 9 Cavanagh JTO, Owens DGC, Johnstone EC. Suicide and undetermined death in south east Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. *Psychol Med* 1999; 29: 1141-9.
- 10 Cheng AT, Chen TH, Chen CC, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 360-5.
- 11 Cheng ATA, Mann AH, Chan KA. Personality disorder and suicide. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 441-6.
- 12 Cheng ATA. Mental illness and suicide. A case-control study in East Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 594-603.
- 13 Chynoweth R, Tonge JI, Armstrong J. Suicide in Brisbane: a retrospective psychosocial study. *Aust NZ J Psychiatry* 1980; 14: 37-45.
- 14 Clark DC, Horton-Deutsch SL. Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI, Eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press; 1992. p. 14482.
- 15 Conwell Y, Duberstein P, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age- and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1001-8.
- 16 Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry* 1960; 1: 349-59.
- 17 Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 175-9.
- 18 Foster T, Gillespie K, McClelland R. Mental disorders and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 447-52.
- 19 Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The psychological autopsy method: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998; 50: 269-76.
- 20 Heila H, Isometsä ET, Henriksson MM, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Lonnqvist JK. Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and the adequacy of antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 200-8.
- 21 Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935-40.
- 22 Isometsä E, Henriksson M, Lonnqvist J. Completed suicide and recent lithium treatment. *J Affect Disord* 1992; 26: 101-4.
- 23 Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicidal intent communicated? *Am J Psychiatry* 1995; 152: 919-22.
- 24 Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lonnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 530-6.
- 25 Lesage AD, Boyer R, Grunberg F, 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.
- 26 Mann JJ, Huang JY, Underwood MD, Kassir SA, Oppenheim S, Kelly TM, et al. A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical finding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 729-38.
- 27 Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK. Mental disorder in adolescent suicide. DSM-III-R Axes I and II among 13 to 19 year olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 834-9.
- 28 Mitterauer B. Mehrdimensionale Diagnostik von 121 Suiziden im Bundesland Salzburg im Jahre 1978. *Wiener Med Wochenschr* 1981; 131: 229-34.
- 29 Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 462-74.

- 30 Pirkola S, Isometsä E, Henriksson M, Heikkinen M, Marttunen M, Lonnqvist J. The treatment received by substance dependent male and female suicide victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 99: 207-13.
- 31 Rich CL, Youna D, Fowler RC. San Diego Suicide Study. I: young vs. old subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43: 577-82.
- 32 Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE. The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry* 1959; 115: 724-33.
- 33 Runeson B. Mental disorders in youth suicide: DSM-III-R axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 490-7.
- 34 Shaffer D, Gould M, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 339-48.
- 35 Shafii M, Steltz-Lenarsky J, Derrick AM, Beckner C, Whittinmghill JR. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord* 1988; 15: 227-33.
- 36 Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case-control study in India. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 407-11.
- 37 Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. High rate of antidepressant treatment in elderly people who commit suicide. *BMJ* 1996; 313: 1118.
- 38 Waern M, Beskow J, Runeson B, Skoog I. Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *Lancet* 1999; 354: 917-8.