

**TESI DOCTORAL**

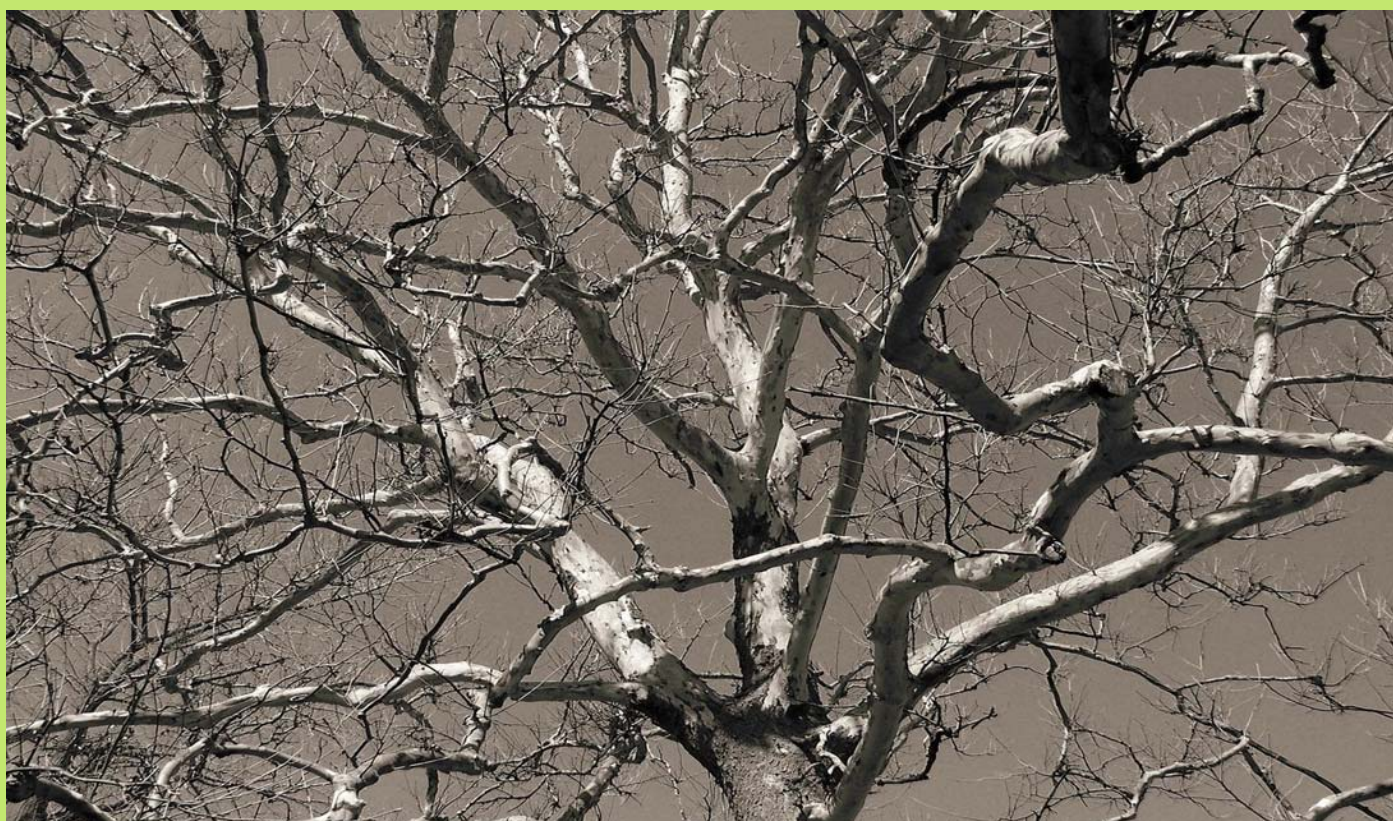
---

# **Estudi epidemiològic i aplicació de l'Autòpsia Psicològica en les morts per suïcidi a la comarca d'Osona en el període 2013-2015**

**Jordi Naudó Molist - 2017**

**Dirigida per: Dr. Francesc X. Arrufat Nebot, Dra. Isabel Sala Matavera  
i Dr. Raimon Milà Villarroel**

**Tesi presentada per a optar al títol de doctor en el programa de doctorat:  
Salut, Benestar i Qualitat de Vida**



**U** **UNIVERSITAT DE VIC**  
**UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA**

**Escola de Doctorat**



# **TESI DOCTORAL**

## **Estudi epidemiològic i aplicació de l'Autòpsia Psicològica en les morts per suïcidi a la comarca d'Osona en el període 2013-2015**

**Jordi Naudó Molist**

Dirigida per: Dr. Francesc X. Arrufat Nebot, Dra. Isabel Sala Matavera

i Dr. Raimon Mila Villarroel

Programa de Doctorat en Salut, Benestar i Qualitat de Vida

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar

Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya

Vic, 2017



*“Les persones que cometen suïcidi  
no volen acabar amb la seva vida,  
volen acabar amb el seu patiment”*



## Agraïments

---

Arribar a dipositar aquesta tesi doctoral, ha estat un exercici intel·lectual, creatiu i inspirador, a la vegada que una prova de confiança i resistència. Gairebé ha estat com construir l'element de què més parla aquest treball, l'Autòpsia Psicològica.

Un treball de recerca rigorós, lent, precís, i molt pacient, amb múltiples fonts d'informació, i amb pocs experts propers sobre el tema, que m'ha ensenyat i m'ha fet aprendre a no donar mai res per fet, a incrementar la perseverança i a exercitar el que em va ensenyar el meu pare, la paciència.

Han estat quasi 5 anys de treball, de creixement, de coneixement i de feina, sobre una temàtica prou sensible com és la mort violenta. Uns anys que han permès conèixer persones ben diverses: professionals i familiars, i la seva manera d'abordar i gestionar la mort.

Els agraïments van dirigits en primer lloc, als meus directors: al Dr. Francesc Arrufat, per haver-me despertat curiositat per la temàtica, haver-me transmès entusiasme i haver-me possibilitat que s'obrin portes per travessar. A la Dra. Isabel Sala, companya de professió des de fa anys, que amb la seva positivitat, paciència i calma, m'ha ajudat a agafar aire i avançar de nou, en aquells moments del camí en què em sentia confús. Per últim, al Dr. Raimon Milà, font d'optimisme, relativisme, i practicitat que m'ha fet creure que escriure una tesi és possible.

En segon lloc, voldria agrair als que han permès escriure aquest volum; els familiars i persones properes d'aquells que un dia van decidir marxar. Persones que per una estona han compartit la seva experiència personal, íntima i dolorosa, per aportar a la millora comuna.

Vull dedicar un agraïment sincer als que han dedicat temps, coneixement i que m'han acompanyat perquè pogués avançar: la Judit Pons, una verdadera experta del tema; la Laia Briones, amb una capacitat de treball brillant; en Ramon Benito i la biblioteca de la UVic, sempre disposats a donar suport, i a en Jordi Jiménez per aportar material imprescindible.

També agraeixo a les persones de la UVic-UCC, del CHV, del CESS, del Grup de recerca SaMIS, de l'Escola de Doctorat, de l'OTRI i de la Facultat Ciències de la Salut i el Benestar, haver donat suport al projecte, i haver-me facilitat dur-lo a terme.

Als professionals de la salut de la comarca, que m'han facilitat el contacte amb les respectives famílies entrevistades, i han estat determinants: Bea Barragán, Berta Bonay, Marta Cantero, M<sup>a</sup> Àngels Casals, Engràcia Costa, Anna Darnés, Josep Domènech, Neus Font, Anna Forcada, Sílvia Narejo, Montse Petit, Manel Terns, Ramon Vilatimó, Albert Ledesma i Josep Fontarnau.

Estic especialment agraït a l'Anna, per tot el seu suport, ànims i encoratjament des de l'inici del projecte, i per haver estat qui em va facilitar la primera entrevista a una supervivent. Gràcies, Anna.

Finalment, l'agraïment més sentit: el suport incondicional i en tot moment, des d'una mirada molt jove.

A elles, Carla i Bruna, la dedicació d'aquesta tesi.



## ***Declaració de l'autor***

---

Aquesta tesi està composta de treball original i s'ha dut a terme amb el suport de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya i el Consorci Hospitalari de Vic. Els coautors de l'article científic que es presenta declaren la seva acceptació per a què en formi part.

La present tesi es troba sota Llicència de la Creative Commons (CC BY-NC-NC 4.0). Es garanteix el permís per reproduir-ne còpies individuals per a ús privat, escolar o de recerca científica, però no pot ser utilitzada per a fins comercials. A més, si el material es modifica, es transforma o s'hi treballa a sobre, el material modificat no pot ser distribuït. Quan la tesi es converteixi o estigui disponible en format digital, la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya avisarà els potencials usuaris de la tesi d'aquests termes.

L'autor es reserva el dret d'altres publicacions i els drets relacionats amb el copyright de la tesi. Ni la tesi ni cap porció substancial de la mateixa poden ser impresos o reproduïts en cap altre material o format sense l'autorització prèvia per escrit de l'autor. A més, si s'utilitzen o es citen parts de la tesi, serà obligatori indicar-ne el nom de l'autor.



## ***Publicacions durant la candidatura***

---

**Naudó-Molist, J.,** Arrufat, F.X., Sala, I., Milà, R., Briones-Buixassa, L. y Jiménez, J. (2017) Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método Autopsia Psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España). *Revista Española de Medicina Legal*; x(x):x-x (*pendent publicació*).



# Índex

---

<b>Presentació</b> .....	1
<b>Resum</b> .....	3
<b>Abstract (English Version)</b> .....	4
<b>1. Fonament teòric</b> .....	5
1.1. La mort i el suïcidi.....	5
1.1.1. Definició i conceptes.....	5
1.1.2. Història del suïcidi.....	12
1.1.3. Epidemiologia.....	17
1.1.3.1. El suïcidi al món.....	17
1.1.3.2. El suïcidi a Europa.....	20
1.1.3.3. El suïcidi a Espanya.....	21
1.1.3.4. El suïcidi a Catalunya.....	23
1.1.3.5. El suïcidi a Osona.....	24
1.1.4. Causes i factors de risc.....	26
1.1.4.1. Definició i models.....	26
1.1.4.2. Classificació dels factors de risc.....	28
1.1.4.3. Descripció dels factors de risc.....	32
1.1.4.3.1. Factors de risc socials.....	32
1.1.4.3.2. Factors de risc de la comunitat.....	33
1.1.4.3.3. Factors de risc relacionals.....	34
1.1.4.3.4. Factors de risc individuals.....	35
1.1.5. Factors protectors.....	45
1.2. L'Autòpsia Psicològica.....	47
1.2.1. Definició i funcions.....	47
1.2.2. Història de l'Autòpsia Psicològica.....	50
1.2.3. La metodologia de l'Autòpsia Psicològica.....	52
1.2.3.1. Característiques bàsiques per a la realització de l'AP.....	52
1.2.3.2. Mètodes emprats en l'AP.....	54

1.2.3.3.	El mètode SSIPA.....	57
1.2.4.	Principals aportacions de l'Autòpsia Psicològica.....	59
1.2.5.	Limitacions de l'Autòpsia Psicològica.....	63
<b>2.</b>	<b>Hipòtesi i objectius.....</b>	<b>65</b>
<b>3.</b>	<b>Metodologia.....</b>	<b>67</b>
3.1.	Disseny de l'estudi.....	67
3.2.	Mostra.....	68
3.3.	Variables i mètodes.....	69
3.4.	Procediment.....	71
3.5.	Consideracions ètiques.....	73
3.6.	Anàlisi estadístic.....	74
<b>4.</b>	<b>Resultats.....</b>	<b>75</b>
4.1.	Resultats principals.....	75
4.2.	Resultats complementaris.....	97
<b>5.</b>	<b>Discussió.....</b>	<b>111</b>
5.1.	Resum dels principals resultats.....	111
5.2.	El perfil del suïcidi a Osona.....	113
5.3.	L'Autòpsia Psicològica com a instrument per a l'estudi del suïcidi.....	117
5.4.	Implicacions clíniques i recerca futura.....	120
5.5.	Fortaleses i limitacions.....	123
<b>6.</b>	<b>Conclusions.....</b>	<b>125</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografia.....</b>	<b>127</b>
<b>8.</b>	<b>Annex.....</b>	<b>147</b>
8.1.	Annex 1. Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi.....	147
8.2.	Annex 2. Full de consentiment informat per als participants.....	141
8.3.	Annex 3. L'Autòpsia Psicològica: el mètode SSIPA.....	155

# Presentació

---

La present tesi exposa els resultats de l'estudi epidemiològic i d'anàlisi sobre el fenomen del suïcidi que es va dur a terme a Osona (Barcelona, Espanya) en el període 2013-2015 i en el qual es va utilitzar la tècnica de l'Autòpsia Psicològica.

L'estudi va ser dut a terme en el Grup de Recerca en Salut Mental i Innovació Social (SaMIS), un grup mixt i interinstitucional format per professionals del Consorci Hospitalari de Vic i la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya.

L'objectiu principal d'aquesta tesi va ser estudiar el fenomen del suïcidi mitjançant dos línies fonamentals. En primer lloc estudiar les dades epidemiològiques i estadístiques de totes les morts per suïcidi consumat ocorregudes a la comarca d'Osona entre 2013-2015. En segon lloc, analitzar les característiques d'una submostra utilitzant la tècnica de l'Autòpsia Psicològica per tal de donar resposta a tres qüestions fonamentals: 1) Determinar la causa de la mort (en cas de morts dubtoses), 2) Esbrinar els principals factors de risc i protectors de la conducta de suïcidi i, 3) Determinar el perfil d'alt risc a la comarca d'Osona per tal de desenvolupar sistemes de prevenció focalitzats en aquests patrons específics.

Per donar resposta a aquestes qüestions la tesi es compon dels següents apartats. En primer lloc es desenvolupa una extensa però sintètica revisió de la literatura juntament amb els objectius de l'estudi. En segon lloc s'exposa la metodologia emprada. En tercer lloc es presenten els resultats de l'estudi, en format d'article i de resultats complementaris, per tal de garantir la qualitat de la recerca mitjançant el sistema de revisió externa. Finalment, es presenta la discussió dels resultats, les fortaleses i limitacions de l'estudi, les recomanacions per a investigacions futures i les principals conclusions de l'estudi.





## Resum

---

**Introducció:** L'objectiu de la present tesi es centra en l'estudi de les morts per suïcidi a la comarca d'Osona (Barcelona) durant el període 2013-2015, utilitzant la metodologia de l'Autòpsia Psicològica (AP).

**Material i mètodes:** El disseny de l'estudi és observacional, transversal i descriptiu. La mostra està formada, en primer lloc, per les dades corresponents a les morts per suïcidi succeïdes a la comarca d'Osona en el període 2013-2015. Les dades es van obtenir del registre del Consorci Hospitalari de Vic. En la segona fase de l'estudi, la mostra consta d'un total de 14 persones (familiars directes i persones properes), que van accedir a realitzar l'AP. Es va utilitzar el mètode d'AP "Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA)". L'anàlisi de dades consta d'un anàlisi descriptiu i un anàlisi bivariant.

**Resultats:** Els resultats principals mostren que el perfil majoritari dels suïcidis consumats correspon a homes, casats, sense antecedents psiquiàtrics que varen utilitzar mètodes com el penjament, o l'atropellament per tren. En la submostra en que es va realitzar l'AP s'observa que els factors precipitants o motivadors estan relacionats amb problemes a nivell social, familiar i de salut. La prevalença de psicopatologies diagnosticades no va ser majoritària però es van detectar trets de personalitat vulnerables i casos d'infradiagnòstic. Els resultats complementaris van mostrar que els menors de 50 anys i els solters i separats tenien més problemes econòmics i aquests es van percebre com a possibles factors precipitants immediats en la decisió de suïcidar-se. Per altra banda, les persones casades o en parella van mostrar un major nombre d'antecedents familiars de malaltia física i, van deixar, més indicacions concretes en cas de mort a amics i familiars.

**Conclusions:** L'AP representa una eina eficaç per a l'obtenció de dades relatives al suïcidi que poden ser rellevants i útils en el disseny i la implementació de programes de prevenció, ajudant a detectar la idiosincràsia particular de cada regió i permetent una major adaptació i individualització dels esmentats programes. A més, posa de manifest la necessitat d'abordar els casos d'infradiagnòstic i l'estigmatització en salut mental, així com també la necessitat d'un protocol per als familiars en dol per suïcidi. La recerca futura hauria de centrar-se en l'ús generalitzat de l'AP a tot el territori.

**Paraules clau:** Suïcidi; Autòpsia Psicològica; Risc de suïcidi; Prevenció del suïcidi

## ***Abstract (English Version)***

---

**Introduction:** The aim of the present thesis was to study the suicide deaths in the region of Osona (Barcelona) during the period 2013-2015, using the Psychological Autopsy (PA) method.

**Materials and methods:** It was an observational, cross-sectional and descriptive study. In the first phase, the sample was formed by the suicide deaths data from the Osona region during the period 2013-2015. These data was obtained through the register of the Consorci Hospitalari de Vic. In the second phase, the sample was formed by 14 people (relatives and close friends), who performed the PA. The PA method called "Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA)" was used. The data analysis consisted of a descriptive and a bivariate analysis.

**Results:** The main results showed that the majority profile was composed by men, married, without psychiatric history that used methods like hanging or running over by the train. In the subsample where the PA was carried out it was observed that the main precipitating or motivating factors were those related to social, family and health problems. The complementary results showed that those people younger than 50 years and those single and separated had more economic problems, and these problems were perceived as possible immediate precipitating factors in the decision to commit suicide. On the other hand, those people married or with a partner, had more family history of physical disease, and they left more specific instructions in case of death to family and friends.

**Conclusions:** The PA method is an efficient tool to describe and obtain data about suicide that may be relevant and useful in the design and implementation of prevention programs. It may help to perceive the individual characteristics of each region promoting a better adjustment and individualisation of these programs. Moreover, this study highlights the need to address underdiagnosed cases and stigmatization in mental health, as well as the need to develop a protocol for the relatives in mourning for suicide. Future research should focus on the use of the PA throughout the country.

**Key words:** Suicide; Psychological Autopsy; Suicide Risk; Suicide Prevention

# 1. Fonament teòric

---

## 1.1. La mort i el suïcidi

### 1.1.1. Definició i conceptes

La paraula mort prové del llatí *mors*, *mortis*. Es defineix, tant al *Diccionari de la llengua catalana* de l'Institut d'Estudis Catalans (2017) com al *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española (2017), de manera breu i precisa com la "cessació o finalització de la vida". Casas i Rodríguez (2000) defineixen la mort com la fi d'un procés i, en conseqüència, de la pròpia vida, mentre que Kübler-Ross (1989), il·lustre estudiosa dels processos de dol, l'entén com la fi de la vida en un organisme viu, de forma oposada al naixement.

La història de la humanitat sempre ha estat lligada a un gran interès pel fenomen de la mort, el seu estudi i la seva reflexió, processos sempre constants en la voluntat de comprensió de l'ésser humà. Són moltes les disciplines, les escoles o corrents de pensament filosòfic i les diferents religions que han intentat explicar, comprendre i donar sentit a la mort, amb els matisos i les variacions pròpies de cada cultura i context històric.

L'acte de morir té una repercussió en el moment immediat, però també al llarg del temps i a diferents nivells. La persona deixa enrere per sempre el que comunament entenem per vida, i se situa en un contínuum que, segons les creences de l'individu, pot ser la total finitud (després d'aquí no hi ha res més), o diferents formes de transcendència, com ara la resurrecció o la reencarnació. A més, la mort també genera una sèrie de conseqüències: a nivell psicològic, emocional i relacional, afecta les persones properes amb qui el difunt tenia vincles afectius que, segons la OMS (2014), són unes sis de mitjana. A part, també poden haver-hi conseqüències més o menys importants a nivell material, civil i legal.

El traspàs també té conseqüències en quant a la comprensió intel·lectual i emocional. Si bé en la majoria dels casos l'ésser humà entén que la vida és finita i que hi ha una edat en què deixem d'existir per raons de senectut, resulta menys comprensible quan aquesta es dona en persones que, per diverses raons, hom creu que "no era l'hora"; per exemple, en casos de mort injusta i prematura com a conseqüència d'alguna malaltia. No obstant això, una de les morts més difícils d'assumir és la mort imprevista, com en casos d'accidentalitat, en què es plantegen tot tipus de qüestions respecte als causants o precipitants, i es formulen hipòtesis de tot allò que s'hauria pogut fer per evitar-les (Anseán, 2014). Els casos de mort violenta (conflictes bèl·lics, suïcidis, robatoris, etc.), per la seva banda, poden deixar les persones més properes al difunt en una situació de difícil reparació i amb la possibilitat que se'n derivin conseqüències greus, que poden incloure des de la patologia psiquiàtrica, fins a noves formes de violència o, fins i tot, el traspàs del trauma a la generació següent.

Per últim, tal com es demostra en les diferents perspectives, la mort que genera més commoció a l'entorn familiar, social i polític, és aquella que ha estat auto-infringida: la mort per suïcidi (Ceballos-Espinoza, 2015).

El mot suïcidi prové de la paraula llatina *suicidium*, que etimològicament vol dir "matar-se a si mateix" (*caedere sui*; Gran Enciclopèdia Catalana, 1980). El concepte, i el fet en si, existeixen des de sempre, però no és fins al 1178 que la paraula suïcidi apareix per primera vegada en un manuscrit (Anseán, 2014). L'Organització Mundial de la Salut al 1976 defineix l'acte suïcida com "*un acte amb resultat letal, que s'inicia i es realitza deliberadament per part de l'individu, sabent, o bé esperant, un resultat letal a partir del qual pretén obtenir uns canvis desitjats*" (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

El suïcidi és un fenomen universal, present a totes les cultures, que inclou factors de tipus genètic, sociocultural i psicopatològic, i que abraça múltiples dimensions: des de la ideació i les temptatives de suïcidi, fins a la pròpia mort del subjecte. Per aquest motiu, el seu abordatge requereix una mirada àmplia i un anàlisi complex.

El suïcidi, o mort per suïcidi, ha estat descrit, estudiat i analitzat a nivell global i des de temps remots. Una de les primeres referències en documentació històrica la trobem al Nou Testament al parlar de la mort de Judes Iscariot quan l'evangelista Mateu hi fa la següent referència: "Ell va llençar les monedes al santuari i sortí. Se'n va anar i es va penjar"(Mt. 27:5; Bíblia Catalana Interconfessional, 2007). Per contra, al Llibre dels Fets dels Apòstols hi trobem l'escrit següent: "Doncs bé, aquest home es va comprar un camp amb la paga del seu crim, es va tirar de dalt a baix, se li va obrir el cos pel mig i s'escamparen les seves entranyes" (Ac. 1:18; Bíblia Catalana Interconfessional, 2007).

Des d'aquest escrit bíblic, el suïcidi com a fenomen en l'ésser humà, arriba a l'actualitat amb múltiples conceptualitzacions i matisos. El desenvolupament de les ciències mèdiques i socials dels darrers segles, juntament amb el progressiu allunyament d'una visió teocèntrica de la vida, i un major coneixement de la casuística del suïcidi a nivell mundial, han permès, en molts casos, que deixi de ser un tema tabú per passar a ser un fet reconegut, estudiat i abordat de forma multidisciplinària (OMS, 2014).

El sociòleg francès Émile Durkheim (1858-1917) en la seva obra *El Suicidio* va definir el suïcidi com "tota mort que resulta, mediata o immediatament d'un acte positiu o negatiu realitzat per la mateixa víctima", i va descriure quatre tipus de conducta suïcida (Durkheim, 1897):

- L'egoista
- L'altruista
- L'anòmic
- El fatalista

El primer tipus, l'egoista, fa referència a un individu generalment amb altes capacitats intel·lectuals però amb vincles socials dèbils. Es genera un aïllament del seu entorn de forma progressiva, provocant un individualisme creixent i una pèrdua de tot el sentit de la vida, que acaba en suïcidi.

El segon tipus, l'altruista, es l'antagonista a l'egoista. Es tracta d'un individu que dona la seva vida de forma conscient per un ideal, com succeeix en el cas dels màrtirs en la religió.

El tercer tipus, l'anòmic, és característic de societats en què els vincles es desintegren, generant una desorientació a l'individu que el portarà a la falta de significació de la vida i, conseqüentment, a prendre la decisió de morir.

Per últim, el tipus fatalista fa referència a societats regides per regles molt estrictes en què la persona pretén fugir-ne provocant-se la mort.

Un dels grans autors de referència en l'estudi del suïcidi i l'autòpsia psicològica és Edwin Shneidman (1918-2009), i defineix el suïcidi com: *"L'acte conscient d'auto aniquilació, que s'entén pel malestar pluridimensional en un individu, que percep aquest acte com la millor solució"* (Shneidman, 1985).

Segons aquest autor, a més del suïcidi consumat, la persona pot experimentar ideació suïcida, entesa com un seguit de pensaments o rumiacions, on s'inclouen diverses formes de presentació: el desig de morir, la representació suïcida, les idees d'autodestrucció o les representacions mentals de la mort. La ideació pot donar-se amb o sense planificació, i és motiu d'atenció i valoració en funció de la severitat.

Un altre concepte que defineix Shneidman (1985) és la temptativa de suïcidi en què el subjecte s'autolesiona sense arribar a l'objectiu de treure's la vida, essent una conducta a tenir en compte per les conseqüències que pot tenir en un futur. Una variant n'és la temptativa o conducta para-suïcida, cas en què no existeix la voluntat de morir, sinó la voluntat d'expressar, de manera desesperada, un profund malestar, de demanar ajuda i, en alguns casos, d'aconseguir un benefici secundari.

Finalment, el concepte de suïcidi frustrat fa referència a la realització d'una conducta auto-lesiva amb intenció de mort però que no arriba a consumir-se per una circumstància imprevista o per la interrupció d'algun agent extern (Pérez, 1999).

Schneidman (1985) descriu tres característiques fonamentals i particulars en la decisió de cometre suïcidi: en primer lloc, l'existència d'una fase aguda d'alta

perillositat, amb una duració relativament curta (hores o dies). En aquesta fase l'individu es troba en un pic d'autodestrucció durant un temps limitat, en el qual, o bé rep ajuda o acaba morint. En segon lloc, destaca el concepte d'ambivalència, i afirma que el suïcidi no és simplement un acte de tria voluntària entre voler o no voler morir, sinó que és la convivència dels dos sentiments de manera contraposada, ja que per una banda hi ha el desig d'autodestrucció i, per l'altra, la fantasia del rescat. Finalment, considera tot suïcidi com un acte diàdic; és a dir, entre dues persones. Si se situa a la fase de prevenció la diada està composta pel pacient identificat i pel principal cuidador i, si el suïcidi s'acaba duent a terme, la diada la tenim entre el difunt i la persona que hi tractava directament, ja sigui el cònjuge, els pares o els fills (Leenaars, 2010).

Actualment hi ha consens en què la conducta suïcida, en general, se situa en un contínuum que es mou entre la ideació suïcida, que inclouria la idea de mort, el desig de morir i la ideació suïcida, i, a l'extrem oposat, hi trobem conductes de temptativa, amenaces de suïcidi i suïcidi consumat. Tanmateix, és necessari elaborar definicions més precises que permetin l'operativitat en la recerca i en la pràctica clínica, concretant la complexa terminologia existent entorn al suïcidi (Chinchilla, 2010; Meyer et al., 2010).

Una de les classificacions més operatives i menys ambigües és la proposada per O'Carroll (Silverman et al., 2007), la qual distingeix tres grans grups:

- Ideació suïcida: conjunt de cognicions relacionades amb la conducta suïcida, que poden ser ocasionals o persistents.
- Conductes relacionades amb el suïcidi: conjunt de conductes que, de manera implícita o explícita, evidencien que la persona ha intentat matar-se o que ha simulat voler matar-se amb la voluntat d'obtenir un rendiment secundari.
- Suïcidi consumat: conducta on hi ha proves implícites o explícites de voluntat de matar-se amb el resultat final de la mort.

Silverman et al. (2007) revisen la nomenclatura de la classificació proposada per O'Carroll i hi afegeixen alguns conceptes. A més, proposen d'afegir una categorització a cada una d'aquestes categories per especificar el grau d'intencionalitat i la presència

o absència de lesions físiques en la conducta suïcida. Així, proposen una classificació segons la intencionalitat suïcida, dividida en tres tipus: el Tipus I, quan no hi ha intencionalitat suïcida; el Tipus II, quan hi ha una intencionalitat indeterminada, i el Tipus III, quan hi ha algun tipus d'intencionalitat, i una altra classificació segons les lesions que es divideix en dos tipus: el Tipus I quan són inexistents en la conducta suïcida, i el Tipus II quan la conducta provoca algun tipus de lesió.

D'aquesta manera, distingeix entre:

- Ideació suïcida: cognicions o pensaments sobre el suïcidi.
- Comunicació suïcida: es troba en un punt equidistant entre la ideació i la conducta suïcida pròpiament dita. Consisteix en l'acció de comunicar pensaments, desitjos o intencionalitat de mort als altres, de forma verbal o no verbal, i en cap cas produeix lesions. Aquesta comunicació no es considera una conducta suïcida per si mateixa, i es pot portar a terme de dues formes:
  - Amenaça suïcida: acte verbal o no verbal que pot predir una possible conducta suïcida en un futur proper.
  - Pla suïcida: proposta d'un possible mètode a utilitzar en un suïcidi potencial.
- Conducta suïcida: conducta auto-infringida que potencialment reporta danys a l'individu i presenta evidències, implícites o explícites, de la intenció aparent o real de morir. La conducta suïcida pot no provocar lesions, provocar-les amb diferent gravetat o provocar la mort.
- Autolesió o gest suïcida: conducta auto-infringida amb capacitat lesiva i amb evidència implícita o explícita que la persona no té intenció de matar-se. La persona desitja utilitzar l'aparent intencionalitat amb una finalitat concreta. Aquest tipus de conductes poden no provocar lesions, provocar-les o inclús provocar la mort no intencionada.
- Conducta suïcida no determinada: conducta amb un grau d'intencionalitat no determinat, que pot no presentar lesions, presentar-les o causar una mort auto-infringida amb un grau d'intencionalitat indeterminat.
- Intent de suïcidi: conducta auto-infringida i potencialment lesiva sense resultat de mort, però on hi ha evidències implícites o explícites d'intencionalitat de



morir. Aquesta conducta pot provocar lesions o no, independentment del mètode utilitzat.

- Suïcidi: conducta auto-infringida amb resultat de mort i amb evidència implícita o explícita que la persona tenia la intencionalitat de provocar-se la mort.

Finalment, Lester (2009) proposa una nova nomenclatura per referir-se i classificar el suïcidi, basada en la terminologia criminalista.

- Suïcidi en primer grau: existència de premeditació i intenció de morir.
- Suïcidi en segon grau: no existència de premeditació però sí existència d'intenció de morir. Es caracteritza per la impulsivitat i la no planificació.
- Suïcidi en tercer grau: existència del desig de fer-se mal, però sense la intenció de morir i/o amb l'esperança de ser rescatat.

### 1.1.2. Història del suïcidi

La història com a disciplina aporta informació del suïcidi com un fet inherent a l'espècie humana des dels inicis, i de com ha anat evolucionant a nivell social, tant pel que fa a la conceptualització com als factors que l'acompanyen.

El primer registre sobre suïcidi es troba a Egipte uns 2000 anys a.C. Aleshores es considerava un pas entre la vida actual i la següent, per evitar el dolor o el deshonor. Un exemple històric és Cleòpatra, que es va deixar mossegar per una serp verinosa abans d'acceptar la humiliació de la derrota en la guerra contra Octavi. Com a país, Egipte va crear una acadèmia, anomenada Synapothanumenes, amb la finalitat de trobar mètodes per morir de la manera més plàcida possible (López, Fonseca i Bobes, 1993).

En l'antiga Grècia la conceptualització del fet tenia una doble mirada en funció de la classe social a la que l'individu pertanyia. En les classes més baixes es condemnava l'acte considerant-lo vergonyós, mentre que, en les classes altes, la societat grega es mostrava més tolerant si aquest fet responia a quatre motius concrets: l'honor, l'evitació de dolor, la desgràcia o el patriotisme. I fins i tot, en cas de sol·licitar permís, l'acte es considerava legítim i inclús gloriós (López et al., 1993). Filòsofs grecs de l'escola estoica i l'escola epicúria, fomentaren un canvi en el concepte, proposant identificar el suïcidi com a un problema exclusiu de la llibertat humana i, inclús, com un dogma quan la vida resultava insuportable (López et al., 1993). Anaxàgores i Sòcrates en són un exemple. Altres filòsofs, com ara Plató, que considerava el suïcidi una gran ofensa, o Aristòtil, que el titllava de covardia, s'hi mostraren contraris i el rebutjaren, atribuint-li un mal major vers la societat (Vega-Piñero, Blasco-Fontecilla, Baca-García i Díaz-Sastre, 2002). Consideraven al suïcida una persona feble per no saber com afrontar els problemes vitals (Anseán, 2014).

A Roma, una societat essencialment pràctica, també mostraren una postura ambivalent respecte al suïcidi. Toleraven el suïcidi en casos concrets com ara trastorns mentals, recollint-lo en el Dret Romà com *insanus et uriosus*, la restauració de l'honor

o un acte heroic (Petroni i Neró) entre polítics i intel·lectuals. A la vegada, la mateixa societat condemnava el suïcidi confiscant els béns del difunt, negant-li la sepultura i destruint el seu testament. Es negava també el dret al suïcidi als esclaus i als soldats, al considerar-se una pèrdua econòmica i humana, tant per a l'amo com per a l'exèrcit. Com a Grècia, es formalitzaven tribunals per escoltar les raons que les persones amb voluntat de morir (López et al, 1993; Vega-Piñero et al, 2002).

Els primers cristians es mostraren tolerants amb el suïcidi, al considerar-se un acte digne pels màrtirs. No fou fins al segle IV que l'església canvià la seva postura al respecte. Durant el Concili d'Arlés (314) i, posteriorment, al Concili de Toledo (397), l'església catòlica es va posicionar en contra del suïcidi i va decretar l'excomunió i la negació de qualsevol ritual catòlic després d'una mort per suïcidi. San Agustí i Sant Tomàs d'Aquino, s'hi oposaren considerant-ho un assassinat i un desafiament a la llei natural de Déu (López et al, 1993).

Durant l'edat mitja es mantingué el rebuig a tot comportament suïcida, confiscant els béns del difunt, no permetent els rituals d'enterrament i, professant al cadàver tot tipus d'humiliacions públiques. Les raons que més freqüentment s'atribuïen al suïcidi eren la bogeria, la malaltia, la privació de llibertat, el dol, la culpa, la vergonya i la desesperació. El penjament i l'ofegament eren els dos mètodes més emprats.

En el Renaixement, així com va passar en la majoria de concepcions que es tenien fins aleshores, l'actuació i la conceptualització sobre el suïcidi es va suavitzar, i es va passar de la persecució i fiscalització a mostrar cert grau de compassió i, fins i tot, de comprensió. Erasme de Rotterdam (1466-1536) considerava el suïcidi com "una forma de maneig del cansament vital, encara que un acte de malaltia" (Vega-Piñero et al, 2002).

Més endavant, en ple segle XVIII, i a conseqüència de la Revolució Francesa, el suïcidi va deixar d'estar penalitzat legalment, tot i que es mantingué penat per l'església i per l'exèrcit. Pensadors i polítics com Montesquieu, Rousseau o Voltaire presentaren justificacions a l'autodeterminisme vers la mort en situacions de gran sofriment (López et al, 1993). Hume en el seu assaig *Sobre el suïcidi* (1788), va debatre

les idees religioses i morals existents fins aleshores, contràries a qualsevol acceptació dels fets, rebatent els postulats de Sant Agustí i Sant Tomàs d'Aquino. Defensà que més enllà d'estar associat a la malaltia mental, el suïcidi podia ser un acte racional i legítim (Anseán, 2014). Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), per la seva banda, va sostenir que el suïcidi no és una malaltia per si mateixa, però que normalment està vinculada a algun tipus de trastorn mental. Va dividir en tres els tipus de suïcidi: el provocat per les passions, el que és fruit del trastorn mental i el provocat per l'esgotament de viure (Anseán, 2014).

Al segle XIX, el suïcidi va ser anomenat arreu d'Europa com "el mal del segle", per la gran quantitat de suïcidis que es registraren fruit d'aspectes relacionats amb l'honor, l'amor i, també per qüestions de deutes econòmics derivats del joc entre els soldats de l'exèrcit. Al llarg d'aquest segle s'iniciaren els primers estudis sobre el tema, tant des del punt de vista mèdic, com social i epidemiològic amb Morselli (1852-1929) i Durkheim (1858-1917) (Vega-Piñero et al, 2002). Pensadors com Schopenhauer (1788-1860) adoptaren una visió crítica sobre la condemna social que es fa del suïcidi i el legitimaren davant el sofriment de la vida, basant-se en què el suïcida, amb el seu acte, nega les condicions de vida que li han tocat viure, i no pas la pròpia vida. Per la seva banda, Friedrich Nietzsche (1844-1900), a més de postular el suïcidi relacionat a la malaltia mental, va defensar un altre tipus de suïcidi lligat a una mort elegida, digna i, d'alguna manera, compartida amb els propers com a expressió d'autonomia i llibertat per part del subjecte.

Al segle XX, diferents disciplines com la sociologia, la biologia, la psicoanàlisi o l'existencialisme mostraren interès pel suïcidi i proliferaren els estudis des de diverses perspectives, analitzant-ne les causes, conseqüències i la possible prevenció. Es va començar a visualitzar com un problema social amb responsabilitat política. Des d'una perspectiva sociològica, Émile Durkheim (1858-1917), considerat el primer investigador modern del suïcidi, el considerava un acte individual amb causes socials. Si bé defensava l'existència de determinants individuals de la conducta suïcida, considerava que són les societats les que generen situacions perquè el suïcidi es desencadeni (Durkheim, 1897). Enrico Morselli, per la seva part, va sostenir que el

suïcidi depenia, en última instància, de l'escassetat de recursos personals dels quals la persona disposava (Vega-Piñero et al, 2002).

La perspectiva psicoanalítica i, concretament el seu fundador Sigmund Freud (1856-1939) percebia el suïcidi com una tendència autodestructiva inconscient on apareixia l'hostilitat i l'agressió cap a un mateix, per la incapacitat d'exterioritzar-lo. El nucli es trobava en l'instint o pulsio de mort, anomenat *Thanatos*, el qual es trobava en conflicte amb la pulsio de vida conegut com *Eros*. Un es matava a si mateix per no matar l'altre i, el seu origen no es trobava en la persona neuròtica ni psicòtica, sinó en un perfil melancòlic i narcisista (Anseán, 2014). Carl Gustav Jung (1875-1961) per la seva part, va enfocar el suïcidi com la destrucció d'harmonia entre el conscient i l'inconscient, degut a impulsos agressius reprimits. En general, la psicoanàlisi donà una rellevant importància a l'acte suïcida en si mateix i es va situar en una perspectiva estrictament individual. Des d'aquesta òptica, es pretenia dibuixar un perfil de la personalitat suïcida. Es considerava que el perfil es caracteritzava per una persona de gènere masculí, d'edat avançada, resident en una comunitat urbana, amb carència de valors o creences religioses, que podia destacar en el pla laboral, però que es trobava solitària i aïllada. A més, s'hi va afegir el fet d'haver perdut algun dels progenitors durant la infància, haver viscut situacions traumàtiques i tenir carències afectives. Altres causes identificades van ser les síndromes depressives, els quadres psicòtics, alguns tipus de neurosis com la histèria i la dependència a alguns tòxics com l'alcohol i les drogues (Carmona, 2012; López et al., 1993).

L'existencialisme com a nova corrent filosòfica del segle XX també es va interessar pel suïcidi. El Premi Nobel Albert Camus (1913-1960) en va ser un estudiós destacat. Ell creia que l'acte de suïcidar-se responia a l'absurditat de l'existència i la inutilitat del sofriment humà i, va arribar a dir que *"l'únic problema filosòfic verdaderament seriós és el suïcidi"* (Camus, 2006). Per altra banda, el seu company a l'escola existencialista, Jean Paul Sartre (1905-1980), va considerar el suïcidi com un acte de mala fe, deshonest, i que només cercava evitar trobar sentit a l'existència. Sartre considerava, doncs, que el suïcidi constitueix un absurd: trobar el sentit a la vida acaba en la mort.

Si ampliem la mirada actual a diferents cultures trobem diferents concepcions, visions i maneres de gestionar el suïcidi, sovint molt vinculades a la religió.

Al món islàmic es condemna el suïcidi per ser considerat una ofensa, una rebel·lia i un pecat cap a Al·là. Només es permet quan és un sacrifici voluntari religiós que porta al paradís de forma immediata.

A l'Índia i, concretament dins el Bramanisme, s'atribueix la creació de l'univers al sacrifici de Prajapati, el qual es va suïcidar. L'Hinduisme, d'altra banda, rebutja el suïcidi i només en fa una excepció: en el ritual de la Sati, les dones que han quedat vídues poden tirar-se a la pira funerària del marit i cremar-se vives amb ell a fi d'expiar els pecats i restablir l'honor dels fills. L'últim cas documentat de la Sati data de 1987 (Anseán, 2014; Rezaeiana, 2013)

A la Xina, amb la influència religiosa del Confucianisme, el suïcidi ha estat molt present i acceptat com a forma individual d'afrontar qüestions personals i d'honor familiar. La lleialtat, la fidelitat, la pietat i el respecte són conceptes que justifiquen l'acte. Al contrari que en altres cultures del món, és la dona la que més suïcidis presenta i es visualitza com una forma de comunicar a la societat els problemes que hom pateix i, en ocasions, també és una forma de protesta social.

Finalment, al Japó s'ha considerat des de sempre com un acte legítim si aquest es dona en resposta a la vergonya o al deshonor personal i familiar. Destaca la voluntat de màxima consciència i de plena claredat mental en el moment de l'acte. El ritual suïcida està clarament marcat i s'anomena *seppuku*, el qual disposa de diverses formes i variants que s'escullen en funció de la motivació (Anseán, 2014).

### **1.1.3. Epidemiologia**

#### **1.1.3.1. El suïcidi al món**

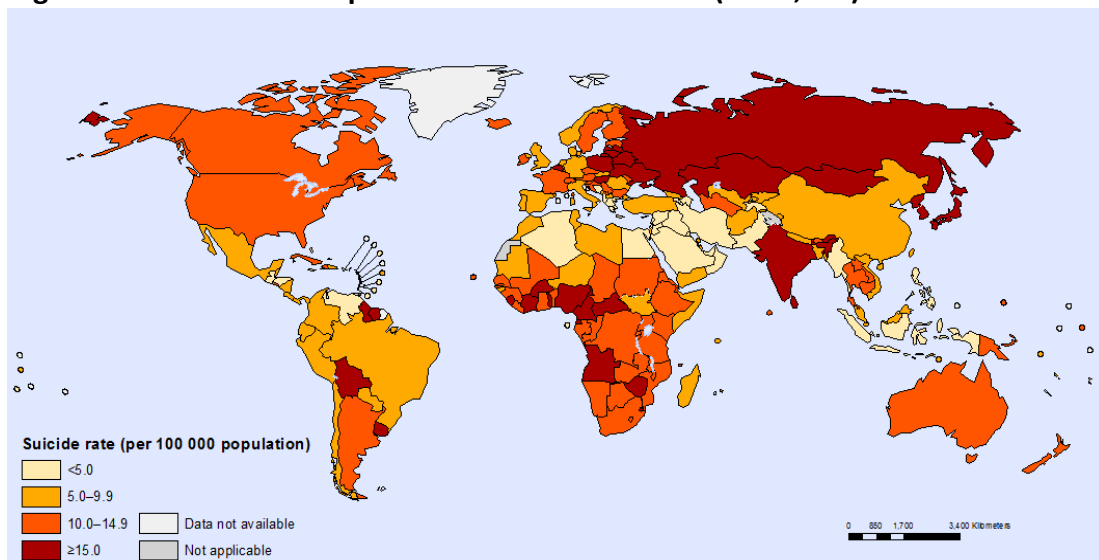
A nivell mundial el suïcidi representa un problema de salut pública de gran magnitud, atesa la informació i les dades de què es disposen (OMS, 2014). Malgrat que a nivell mundial no existeix un sistema de registre unificat podem afirmar que el nombre de suïcidis consumats reals es troba molt per sobre les xifres oficials registrades, ja que en alguns països el suïcidi està prohibit a causa de diversos factors socials i culturals i, en conseqüència, el seu registre és inexistent. També cal destacar que, en determinades zones geogràfiques, el suïcidi es tendeix a registrar sota altres epígrafs com, per exemple l'accidentalitat, amb la voluntat de mitigar l'impacte que suposa per a la família i per a la societat en general (OMS, 2014; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Tots aquests factors fan difícil manejar dades precises i incrementen, de forma exponencial, el possible biaix en els registres.

Seguint les directrius de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2014), trobem que la classificació dels suïcidis ve donada en funció de la taxa; és a dir, el nombre de casos respecte 100,000 habitants per any. Així la OMS, considera una taxa baixa quan aquesta és inferior a 5, una taxa mitjana quan es situa entre 5 i 15, una taxa alta quan es troba entre 15 i 30, i una taxa molt alta quan es troba per sobre de 30. Segons dades de la OMS (2014), de la qual en són membre 172 països, s'estima que l'any 2014 era d'11.4, mentre que l'any 2015 aquesta xifra s'havia reduït lleugerament arribant a una taxa de 10.7 (13.6 en homes i 7.8 en dones). Pel que fa a la ràtio entre homes i dones se situa en una proporció d'entre 3:1 i 5:1 en funció del país (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Nock et al., 2008).

Segons dades recents, el nombre anual de suïcidis al món varia entre 800,000 i 1,000,000, dependent de les fonts consultades (Figura 1). Aquesta xifra s'ha mantingut bastant estable en els darrers anys tot i que, tal com apunta la OMS, que hi va haver un lleuger descens amb un total de 788,000 suïcidis consumats durant el 2015 (OMS,

2017). El mateix organisme publica que el nombre de temptatives multiplica quasi per 20 aquesta xifra, el que suposa que cada 40 segons hi un suïcidi consumat i cada 3 segons, una temptativa. En qualsevol cas, els estudis mostren una tendència creixent i, es considera que l'any 2020 el nombre total de suïcidis consumats podria superar els 1.5 milions (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; OMS, 2000). Pel que fa a l'edat i al sexe, a nivell mundial el suïcidi consumat es produeix en homes de més de 65 anys, mentre que les temptatives són majoritàriament protagonitzades per dones joves (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Vega-Piñero et al, 2002; OMS, 2014).

**Figura 1. Taxes de Suïcidi per Països a Nivell Mundial (x 100,000) al 2015**



**Font: Organització Mundial de la Salut (2017)**

Si analitzem la taxa per països, podem observar diferències importants en funció dels ingressos del país: en països d'economia alta i mitjana, el nombre de suïcidis és més elevat que en països d'economia baixa. En la Taula 1 es mostren les diferents taxes per països a l'any 2015, agrupades en funció de les categories proposades per la OMS (2017). Com es pot observar, la majoria de països es troben en un nivell entre mitjà i baix i, destaquen amb una taxa major del 30 Sri Lanka, Corea del Sud i Lituània. Espanya se situa en una taxa mitjana, mentre que d'altres països de la Unió Europea, com ara Bèlgica, França o Finlàndia, es troben en taxes altes.



**Taula 1. Taxes de Suïcidi per Països a Nivell Mundial (x 100,000) Segons la Categrització de la OMS. Dades del 2015.**

<b>Taxes de suïcidi x 100,000</b>	<b>Països</b>
<b>Taxa baixa &lt; 5</b>	Albània, Algèria, Antigua i Barbuda, Azerbaitjan, Bahames, Barbados, Brunei Darussalam, Xipre, Egipte, Grècia, Granada, Guatemala, Hondures, Indonèsia, Iran, Iraq, Jamaica, Jordània, Kuwait, El Líban, Madagascar, Marroc, Myanmar, Níger, Pakistan, Filipines, San Vicente y las Granadines, Santo Tomé y Príncipe, Aràbia Saudita, Síria, Tadjikistan, Tonga, Emirats Àrabs, Veneçuela
<b>Taxa mitjana 5-15</b>	Afganistan, Argentina, Armènia, Austràlia, Bahrain, Bangladesh, Belize, Benín, Bhutan, Bòsnia i Hercegovina, Botswana, Brasil, Burkina Faso, Burundi, Cap Verd, Cambodja, Camerun, Canada, Txad, Xile, Xina, Colòmbia, Comores, Congo, Costa Rica, Cuba, Txèquia, República Democràtica del Congo, Dinamarca, Djibouti, República Dominicana, Equador, El Salvador, Eritrea, Etiòpia, Fiji, Gabon, Gàmbia, Geòrgia, Alemanya, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Islàndia, Irlanda, Israel, Itàlia, Kenya, Kiribati, Kirguizistan, Laos, Lesotho, Libèria, Llívia, Luxemburg, Malawi, Malàisia, Maldives, Mali, Malta, Mauritània, Maurici, Mèxic, Micronèsia, Montenegro, Moçambic, Namíbia, Nepal, Països Baixos, Nova Zelanda, Nicaragua, Nigèria, Noruega, Oman, Panamà, Papua Nova Guinea, Paraguai, Perú, Portugal, Qatar, Moldàvia, Romania, Ruanda, Sant Llúcia, Samoa, Senegal, Seychelles, Singapur, Eslovàquia, Illes Salomó, Somàlia, Sud-Àfrica, Sudan Sud, Espanya, Sudan, Swazilàndia, República de Macedònia, Timor Oriental, Togo, Trinitat i Tobago, Tunísia, Turquia, Turkmenistan, Uganda, Gran Bretanya, Tanzània, Estats Units, Uzbekistan, Vanuatu, Vietnam, Iemen, Zàmbia, Zimbabwe
<b>Taxa alta 15-30</b>	Angola, Àustria, Bielorússia, Bèlgica, Bolívia, Bulgària, Costa d'Ivori, República Centre Africana, Croàcia, República Democràtica de Corea, Guinea Equatorial, Estònia, Finlàndia, França, Guyana, Hongria, Índia, Japó, Kazakhstan, Letònia, Mongòlia, Polònia, Federació Russa, Sèrbia, Sierra Leone, Eslovènia, Surinam, Suècia, Suïssa, Tailàndia, Ucraïna, Uruguai
<b>Taxa molt alta &lt; 30</b>	Lituània, República de Corea, Sri Lanka

Font: Elaboració pròpia a partir de Organització Mundial de la Salut (2017)

### 1.1.3.2. El suïcidi a Europa

A nivell europeu, la taxa del 2012, publicada per la OMS el 2014, se situa entorn dels 11.6 casos per cada 100,000 habitants i, malgrat no ser una de les principals causes de mort, continua essent un problema de gran magnitud. Pel que fa la fiabilitat, trobem que a Europa pràcticament tots els països disposen de registres, de manera que les dades són més fiables que en altres regions.

Si observem les dades dels diferents països (Taula 2) podem veure que Grècia, amb una taxa de 4.5, i Turquia, amb una taxa de 2.0, són els països amb les taxes més baixes d'Europa; mentre que, a l'extrem oposat, hi trobem Lituània, amb una taxa de 35.8, Letònia, amb una taxa de 18.3 i Eslovènia, Hongria i Països Baixos, amb una taxa de 17.9, són els països amb les taxes més elevades. A Europa, la ràtio entre homes i dones és de 3.5:1 (Eurostat, 2017).

**Taula 2. Taxes de Suïcidi per Països a Nivell Europeu (dades 2013)**

País Europeu	Taxa (x 100,000)	País Europeu	Taxa (x 100,000)
Bèlgica	15.9	Malta	6.0
Bulgària	7.3	Països Baixos	17.9
República Txeca	13.9	Àustria	11.1
Dinamarca	9.5	Polònia	16.2
Alemanya	9.4	Portugal	7.0
Estònia	13.4	Romania	11.5
Irlanda	11.6	Eslovènia	17.9
Grècia	4.5	Eslovàquia	11.2
Espanya	6.7	Finlàndia	16.1
França	13.3	Suècia	11.8
Croàcia	13.4	Regne Unit	7.5
Itàlia	5.6	Liechtenstein	9.3
Xipre	4.6	Noruega	11.3
Letònia	18.3	Suïssa	11.1
Lituània	35.8	Sèrbia	12.4
Luxemburg	6.0	Turquia	2.0
Hongria	17.9		

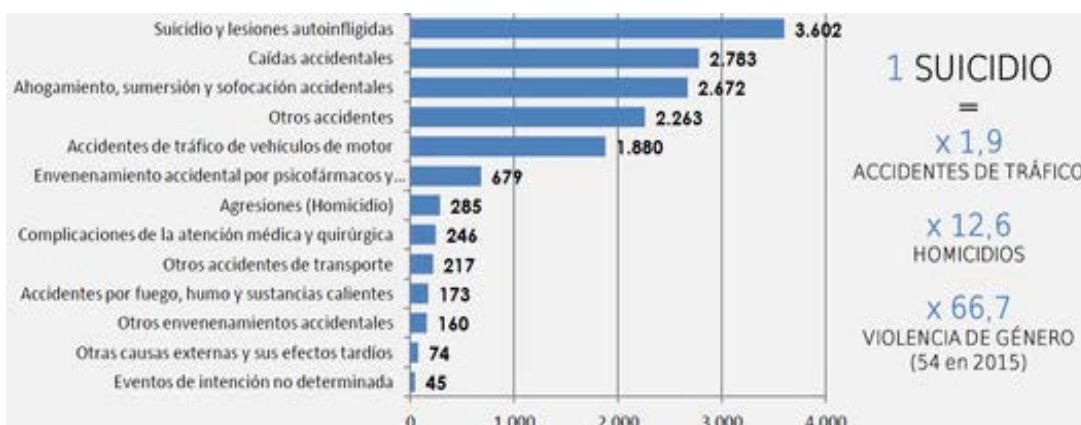
Font: Elaboració pròpia a partir de Eurostat (2017)

### 1.1.3.3. El suïcidi a Espanya

A nivell estatal, les dades publicades per l'Institut Nacional d'Estadística el febrer de 2017, en referència a l'any 2015, mostren que el nombre de suïcidis consumats al territori espanyol va ser de 3.602 persones, de les quals 2,680 eren homes (74.4%) i 922 eren dones (25.6%). Segons aquestes dades, cada dia hi ha una mitjana de 9.9 suïcidis al territori espanyol, amb una taxa que se situa als 7.76 casos per cada 100,000 habitants i una relació entre homes i dones de 2.9:1 (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

Segons les dades de 2014, destaca que hi ha hagut un descens del 7.9% (8.8% en homes i 5% en dones) pel que fa a la taxa de suïcidis. No obstant això, el suïcidi segueix sent la principal causa de mort no natural a l'estat espanyol: el nombre de morts per suïcidi duplica el nombre de morts per accidents de trànsit, és 13 vegades superior al nombre d'homicidis, i 67 vegades més alt que el nombre de morts per violència de gènere (Figura 2). Entre els 15 i els 29 anys és la primera causa de mort en homes i la segona, després dels tumors, en dones de la mateixa franja d'edat (Fundación Salud Mental España, 2017; Instituto Nacional de Estadística, 2017; OMS, 2014).

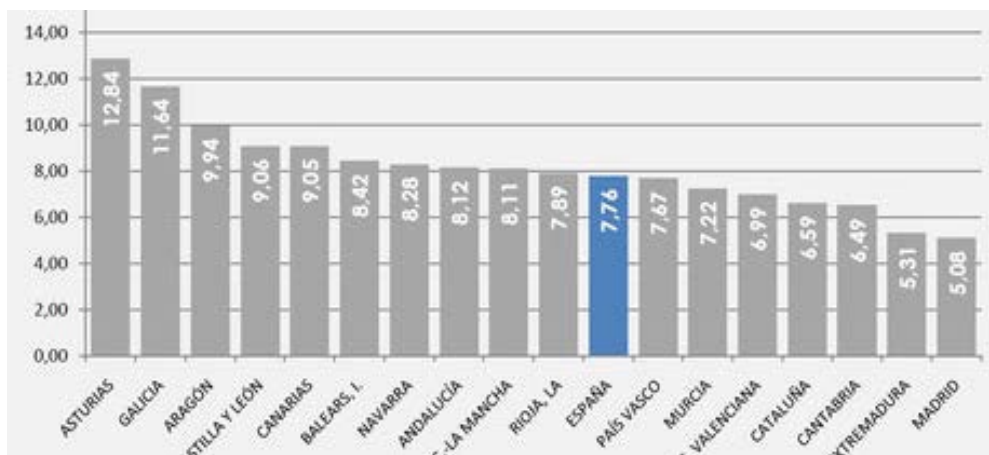
**Figura 2. Nombre de Morts per Causes Externes a Espanya. Dades del 2015.**



Font: Fundació Salut Mental Espanya (2017)

Si tenim en compte les dades per comunitats, veiem que Astúries (12.84) i Galícia (11.64) són les comunitats autònomes amb les taxes de mortalitat per suïcidi més elevades d'Espanya (Figura 3). Per contra, Extremadura (5.31) i la Comunitat de Madrid (5.08) són les comunitats que presenten les taxes més baixes. Pel què fa als mètodes, el més emprat pels homes segueix essent el penjament, seguit de l'arma de foc; per les dones, la precipitació, seguida de la ingesta de fàrmacs (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

**Figura 3. Taxa de Suïcidis per CCAA a Espanya (x 100,000)**



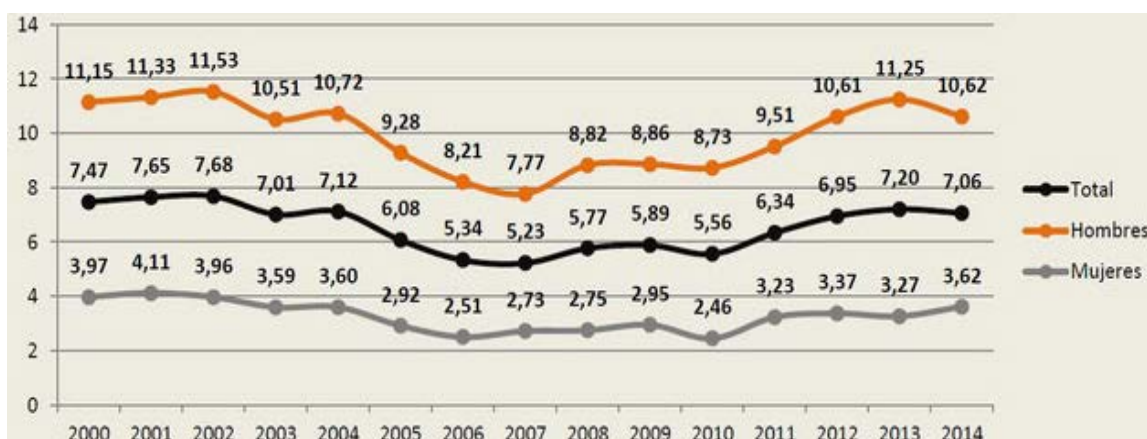
Font: Fundació Salut Mental Espanya (2017)

### 1.1.3.4. El suïcidi a Catalunya

A Catalunya, les darreres dades de què es disposa fan referència al 2015, i estan publicades per l'Institut Nacional d'Estadística des de febrer de 2017: l'any 2015 es van registrar a Catalunya un total de 495 morts per suïcidi, 362 en homes i 133 en dones. Això correspon a una taxa de 6.9 casos per cada 100,000 habitants i una proporció homes-dones de 2.7:1 (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

Com ocorre a nivell mundial, el 2015 s'observa una reducció en el nombre de casos de suïcidi respecte el 2014. En l'any anterior s'havien computat un total de 531 suïcidis a tot Catalunya, 393 en homes i 138 en dones, el que representava una taxa del 7.06, una proporció home-dona de 2.8:1 i una mitjana de 1.5 suïcidis al dia. En la següent gràfica (Figura 4) es mostren les taxes anuals totals, per sexe, durant el període 2000-2014 a Catalunya (Fundación Salud Mental España, 2017).

**Figura 4. Taxes de Suïcidi Anuals Totals i Distribuïdes per Sexe a Catalunya durant el període 2000-2014 (x 100,000)**



Font: Fundació Salut Mental Espanya (2017)

### 1.1.3.5. El suïcidi a Osona

La comarca d'Osona és on situem el nostre estudi. La comarca s'ubica al mig de la Catalunya Central, i limita amb les comarques del Bages, el Berguedà, la Garrotxa, el Ripollès, la Selva i el Vallès Oriental. Té una superfície de 1,245.2 km<sup>2</sup> i una població de 155,461 habitants, equivalent a una densitat de 125 persones/Km<sup>2</sup>. El 49.8% són homes (77,586) i el 50.2% són dones (78,055). La comarca la formen un total de 50 municipis i la capital n'és la ciutat de Vic, amb una població de 43,287 habitants (Consell Comarcal Osona, 2017).

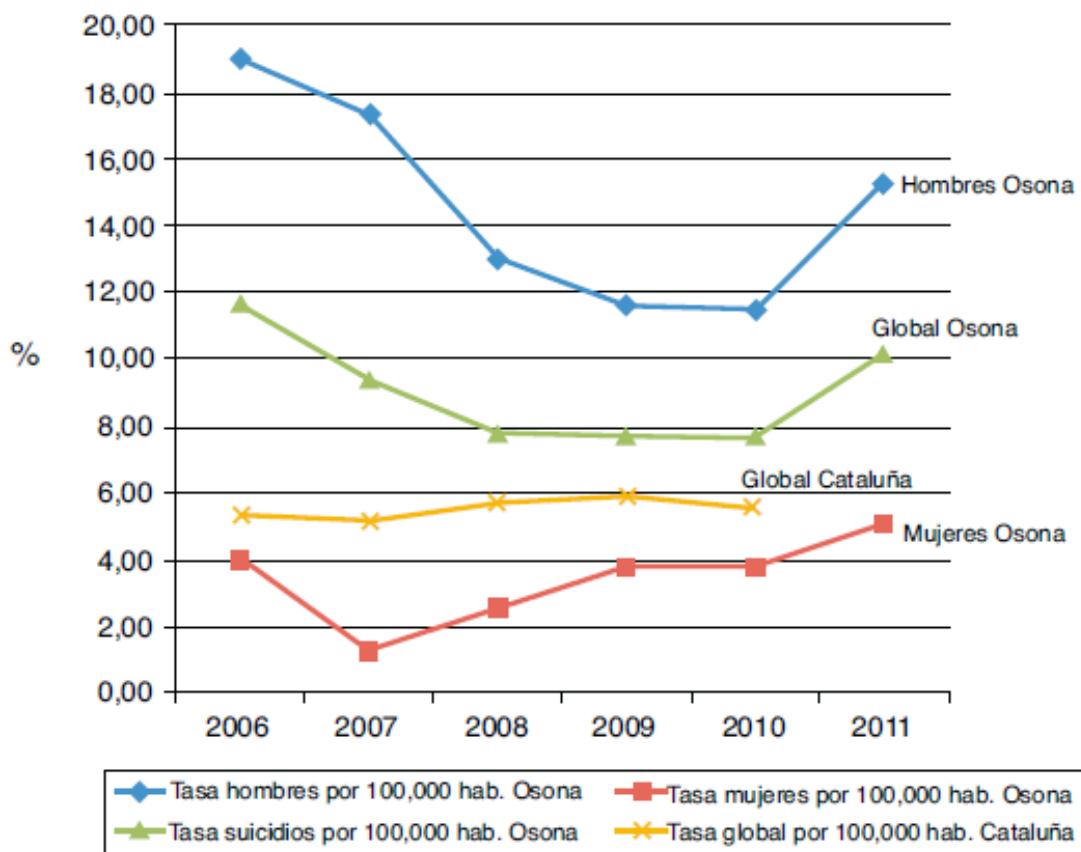
Segons les fonts facilitades per l'IDESCAT al 2016 (Institut d'Estadística de Catalunya, 2017) la mortalitat total a la comarca d'Osona durant el 2016 va ser de 1,432 persones: 724 homes i 705 dones. Pel que fa al nombre absolut de morts per suïcidi observem que la xifra és de 9 defuncions, que representa una taxa de 5.78 casos per cada 100,000 habitants.

L'any 2012 es va dur a terme un estudi per part de Jiménez, Arrufat, Carrera i Gay (2012) en relació als suïcidis consumats a la comarca d'Osona entre el 2006 i el 2011, en què s'exposen les dades estadístiques i epidemiològiques durant aquest període i, alhora, s'expliquen els detalls relatius al conveni marc entre l'Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) i el Consorci Hospitalari de Vic (CHV), que es va signar el 2006. La necessitat d'un conveni va sorgir fruit de la inquietud per part del CHV i la Clínica Medico Forense de Vic (CMF) pel coneixement i l'evolució dels suïcidis al partit judicial de Vic. Es tracta del primer conveni d'aquestes característiques a Catalunya, i té la finalitat de determinar els suïcidis consumats en l'àrea d'influència de les dues institucions, les seves característiques, les mesures per modificar i disminuir-ne la incidència i, alhora, poder-ne valorar els efectes.

Les dades de l'estudi (Jiménez et al., 2012) mostren que a la comarca d'Osona es van produir, entre el 2006 i el 2011, un total de 83 suïcidis, dels quals 67 (80.72%) van ser comesos per homes, i 16 (19.28%) per dones. Les taxes de suïcidi van ser superiors a les de Catalunya, estimant-se entre el 11.71 i el 7.69 per cada 100,000

habitants (Figura 5). La majoria de casos es van donar en persones d'entre 30 i 59 anys (45 casos), i en persones de més de 60 anys (33 casos). En línies generals, s'observa una lleugera disminució del nombre de suïcidis, passant d'un total de 17 suïcidis el 2006 a 12 suïcidis el 2008, 2009 i 2010, malgrat que el 2011 la xifra va tornar a augmentar amb un total de 16 casos. El mètode més utilitzat va ser el penjament, seguit de la precipitació i l'atropellament per tren. El 62.7% tenien antecedents psiquiàtrics, però només el 43.4% seguia un tractament a nivell de salut mental. Els principals diagnòstics eren trastorn depressiu major (27.7%), dependència de l'alcohol (22.2%) i dels opiacis (8.3%), i trastorn de personalitat (5.5%), entre d'altres.

**Figura 5. Taxes de Suïcidi Anuals Totals i Distribuïdes per Sexes Durant el Període 2006-2011 a Osona i Catalunya (x 100,000)**



Font: Jiménez et al., 2012

## 1.1.4. Causes i factors de risc

### 1.1.4.1. Definició i models

Els factors de risc, en el context del suïcidi, es poden descriure com aquelles situacions, comportaments, esdeveniments o circumstàncies mesurables que predisposen o precipiten una persona a cometre un acte autolesiu. A grans trets, els podem dividir entre factors interns o factors externs relatius a l'individu. La identificació d'aquests factors permet actuar per prevenir els suïcidis i, en conseqüència, ajudar a disminuir-ne la taxa global. Aquest coneixement s'adquireix a mesura que s'aprofundeix en l'estudi del suïcidi, i se n'analitzen les diferents situacions, relacionant-les amb variables i persones que han fet temptatives de suïcidi o que l'han comès (Anseán, 2014).

Hi ha diferents tipus de factors de risc, com ara les variables psicosocials i sociodemogràfiques, les variables fluctuants al llarg del cicle vital de la persona, l'estabilitat econòmica, l'estabilitat política, factors ambientals, etc. i cada un d'aquests factors juga un rol determinant en la casuística de la conducta suïcida (Antón-San-Martin et al., 2013). A més, els factors de risc actuen de forma acumulativa en les persones: a més factors, més vulnerabilitat perquè l'individu prengui com a opció la pròpia mort.

Seguint la guia de Legido (2012), trobem 4 models que expliquen perquè la persona pren la decisió de suïcidar-se basant-se en la combinació de diferents factors de risc. S'enfoquen des de l'àmbit biomèdic fins al bio-psico-social:

1. En primer lloc, Plutchik, Van Praag i Conte (1989) descriuen el model anomenat "Contrabalanceig", on la conducta suïcida esdevé per l'impuls agressiu que sorgeix sota determinades circumstàncies de l'entorn. Entenen que aquesta agressivitat està composta d'ansietat tret i estat, irritabilitat, tristesa i impulsivitat. D'aquesta manera l'acte suïcida s'entén com un acte impulsiu més



que no pas com un acte premeditat. A més, el model sosté també una desregulació del sistema serotoninèrgic (Apter, Plutchick i Van-Praag, 1993).

2. En segon lloc, trobem el model bioquímic de les 4 vies, proposat per Fawcett, Busch, Jacobs, Kravitz i Fogg (1997): aquest model sosté que la conducta suïcida és el resultat de la desesperança i la desolació, dues característiques necessàries, però no suficients perquè es dugui a terme l'acte. Ambdós activen l'eix Hipotàlem-Hipòfisi-Adrenal (HHA) i la disfunció del sistema serotoninèrgic, i quan aquestes s'uneixen a l'anhedònia i la impulsivitat, el risc de consumir l'acte creix de manera considerable.
3. En tercer lloc, tenim el model neurobiològic de Mann (Mann, Waternaux, Haas, i Malone, 1999; Mann, 2003): és un dels models més citats en la literatura, conegut també com el model diàtesi-estrès de la conducta suïcida. El model postula que una predisposició biològica (diàtesis) convertiria la persona en vulnerable i, si aquesta pateix algun factor estressant (estrès), la possibilitat de la conducta suïcida es potencia (Anseán, 2014; OMS, 2014).
4. Per últim, investigadors com Turecki (2005) proposen un darrer model que entén la decisió definitiva de treure's la vida com la suma de diferents factors de risc: la història prèvia de temptatives de suïcidi, el sexe i l'edat, la simptomatologia clínica, el recolzament familiar i social, la història d'abús físic i sexual, i alguns trets de personalitat, juntament amb el diagnòstic de depressió major, compulsivitat i comportaments agressius (Brodsky et al. 2001; Ystgaard, Hestetun, Loeb, i Mehlum, 2004).

### 1.1.4.2. Classificació dels factors de risc

Existeixen diferents nosologies respecte la classificació dels diferents factors de risc, però en totes s'admet l'existència d'altres categoritzacions igualment funcionals. No són classificacions estrictes en un sentit jeràrquic de major a menor importància o prevalença. Les diverses classificacions admeten que els diferents factors són mútuament incloents en diferents apartats d'un mateix organigrama, i que l'ordenació dels factors de general a particular és només una possibilitat subjectiva amb la voluntat de facilitar la comprensió i de ser útils. Els sistemes de classificació sovint depenen del context, de l'estadi on es troba la recerca, i sempre tenen l'objectiu de permetre establir un ordre general comprensible des de diferents mirades.

Una primera classificació és la de tipus dual. Es classifiquen els factors de risc en modificables i en no modificables (Bobes, Giner i Sáiz, 2011; Anseán, 2014; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Entenem per factors modificables aquells que són de tipus social, psicològic i psicopatològic, com ara l'ansietat, la desesperació, l'accés a mitjans per a suïcidar-se, la malaltia mèdica i la malaltia psiquiàtrica, els quals són potencialment modificables a partir d'estratègies de tractament concrets. Per contra, els factors no modificables són aquells vinculats a la persona o al grup social al qual pertany l'individu, els quals no poden ser alterats per cap tipus d'intervenció. En aquest grup de factors hi trobem l'edat, el sexe, l'ètnia, la orientació sexual, el nivell socioeconòmic, l'estat civil, els antecedents de violència o la ideació suïcida (Taula 3).

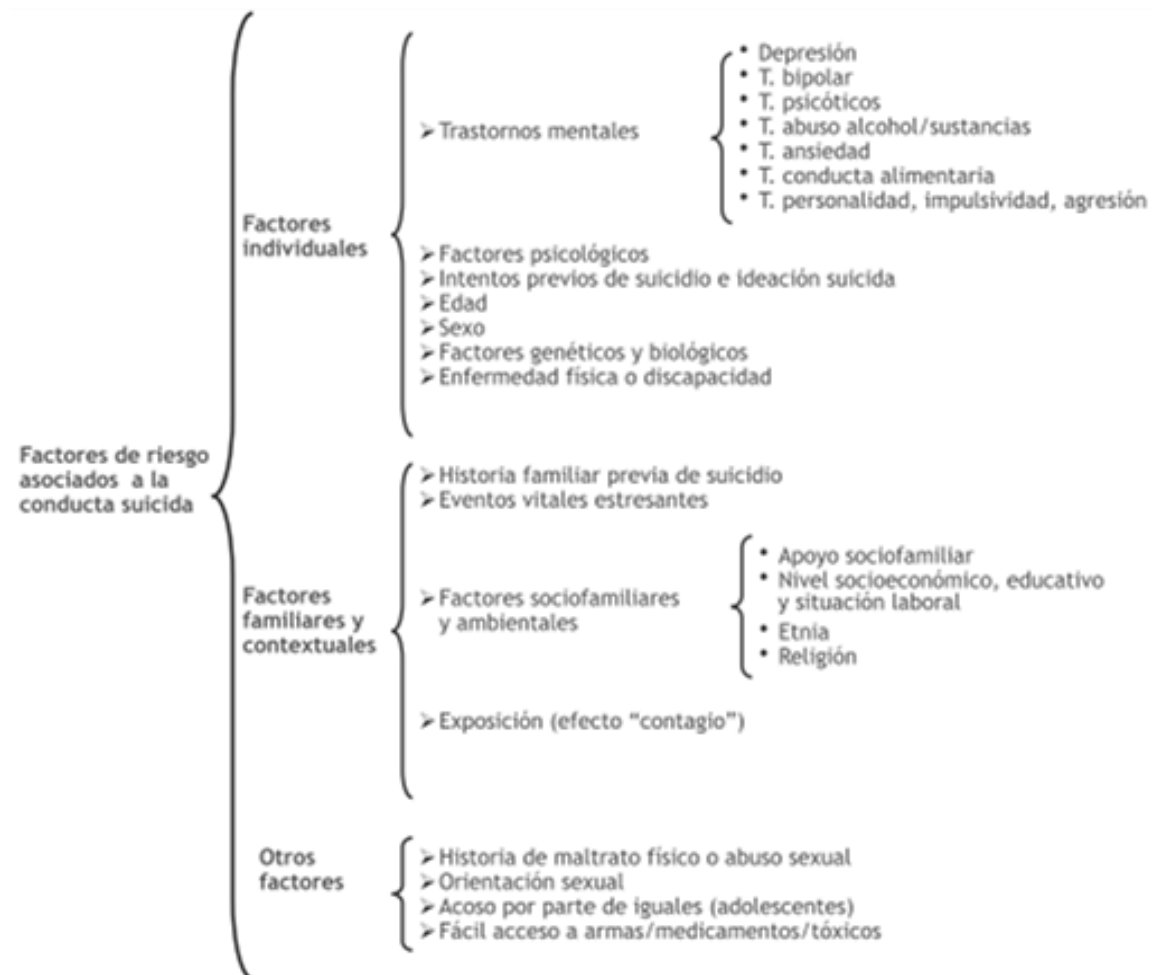
**Taula 3. Classificació dels factors de risc suïcida en modificables i no modificables.**

<b>Factors modificables</b>	<b>Factors No modificables</b>
Trastorns mentals	Heretabilitat
Abús de substàncies	Sexe
Trastorns de personalitat	Edat
Salud física	Orientació sexual
Dimensions psicològiques	Estat civil
Situació laboral i econòmica	Creences religioses
Recolzament social	Ideació suïcida i/o conducta suïcida prèvia

Font: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011

Una segona classificació és la proposada del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (2011) en què es categoritzen els factors de risc en cinc grans temàtiques en funció del seu origen: biològic, psicològic, social, familiar i ambiental. Aquesta classificació queda recollida a la Guia de pràctica clínica, prevención y tratamiento (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) on es proposa el següent esquema per tal de classificar els principals factors de risc associats a la conducta suïcida (Figura 6).

**Figura 6. Classificació dels factors de risc per al suïcidi en funció del seu origen**



Font: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011

Una tercera classificació de les conductes la proposa Pérez (1999), i relaciona els factors de risc amb les diferents etapes del cicle vital. L'autor proposa que alguns

factors són presents i comuns al llarg de tota la vida, mentre que d'altres són específics de cada etapa vital. El mateix succeeix amb el gènere: mentre que alguns factors són considerats particularment masculins, d'altres tenen una incidència major en el sexe femení. No obstant, un nombre important de factors es manifesten per igual en ambdós sexes.

Els factors de risc de la infància apareixen ja en les característiques de l'entorn on neix l'infant. Una edat prematura dels progenitors i les conseqüents dificultats per tenir-ne cura o les manifestacions de rebuig vers el nadó poden ser ja un primer element a tenir molt en compte. També la presència de trastorns psiquiàtrics o alcoholisme en els progenitors poden suposar factors de risc per a l'infant.

Al llarg de la infància i l'adolescència es poden donar una sèrie de factors estressants com el divorci dels pares o la pèrdua d'algun progenitor. A part, l'educació també juga un paper important en les característiques de la personalitat que, en un futur, poden estar a la base d'un comportament suïcida. La baixa tolerància a la frustració i la incapacitat per prorrogar la satisfacció, així com la gelosia als germans, ser rancorós, rígid, molt ordenat o perfeccionista, i tenir baixa l'autoestima, també s'han detectat com a factors de risc. A més, cal tenir en compte un caràcter humiliant, la recerca exagerada d'atenció i afecte a casa i a l'escola, i la presència de múltiples baralles o disputes. En l'edat adulta i la vellesa (Rich i Warsrad, 1991) els tres grups d'estressants més comuns són aquells pertanyents a les següents categories: conflicte-separació-rebuig, problemes econòmics i malalties físiques. En persones de 80 anys o més, el principal factor acostuma a ser una malaltia física. Finalment, l'existència d'una malaltia mental i els antecedents familiars de suïcidi es tenen en compte en totes les etapes del cicle vital (Pérez, 1999).

Per últim, trobem l'ordre classificatori adoptat per la OMS en el seu informe de 2014 anomenat *Preventing Suicide: A global imperative* (OMS, 2014), que va dels nivells macro (sistemes de salut, societat...) als micro (relacions, individus...). Aquesta classificació esquematitza els factors de risc en funció de les polítiques d'actuació i d'intervenció pertinents en les següents categories: sistemes de salut, àmbit social, de

la comunitat, relacionals i individuals. En la taula 4 es mostren les principals categories de la classificació de la OMS (OMS, 2014).

**Taula 4. Factors de Risc de la Conducta Suïcida segons la Classificació de la OMS**

Sistemes de Salut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barreres per a obtenir accés a l'atenció en salut.</li> </ul>
Societat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accés a medis utilitzables per a suïcidar-se.</li> <li>- Notificació inapropiada pels medis de difusió.</li> <li>- Estigma associat al comportaments de cerca d'ajuda.</li> </ul>
Comunitat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desastres, guerres i conflictes.</li> <li>- Estrès per desplaçaments i culturització.</li> <li>- Discriminació.</li> <li>- Traumes i abusos.</li> </ul>
Relacions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentit d'aïllament i falta de recolzament social.</li> <li>- Conflictes en les relacions, disputes o pèrdues.</li> </ul>
Individu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intent de suïcidi previ.</li> <li>- Trastorns mentals.</li> <li>- Consum nociu d'alcohol.</li> <li>- Pèrdua de treball o pèrdua financera.</li> <li>- Desesperança.</li> <li>- Dolor crònic.</li> <li>- Antecedents familiars de suïcidi.</li> <li>- Factors genètics i biològics.</li> </ul>

Font: OMS (2014)

Independentment de l'aspecte classificatori adoptat, que estableix les categories en base a diferents criteris, ens trobem amb gairebé els mateixos factors a tots els quadres nosològics. Per aquest motiu, la descripció dels principals factors de risc s'exposa inicialment en base a la classificació proposada per la OMS, al qual s'afegeixen altres factors rellevants en base a la literatura existent.

### 1.1.4.3. Descripció dels factors de risc

Seguint la classificació de la OMS, un dels principals factors de risc és la manca d'accés als sistemes de salut, fent referència a la impossibilitat que una societat tingui accés a qualsevol sistema sanitari ja és, de per si, un factor de risc considerable. A partir d'aquí, la classificació proposa 4 grans grups de factors: factors de risc socials, en la comunitat, en les relacions i individuals.

#### 1.1.4.3.1. Factors de risc socials

- **Accés a mètodes utilitzables per a suïcidar-se**

Tenir a l'abast diferents mètodes que poden permetre l'accés al suïcidi és un factor de risc important. Aquesta disponibilitat de mètodes depèn en gran part dels contextos geogràfics i culturals. L'accés a armes, plaguicides, vies de tren, penya-segats, medicaments, verí, fonts de monòxid de carbó i gasos tòxics generen un risc per la facilitat que suposa el poder-los obtenir (Anseán, 2014).

- **Notificació inapropiada pels mitjans de difusió**

A l'hora de noticiar un cas de suïcidi, els mitjans de comunicació poden incórrer a praxis inadequades i/o sensacionalistes que fomentin o propiciïn l'exaltació del suïcidi, provocant un efecte crida o efecte *Werther*. La mostra d'imatges, l'especificació de detalls en quant al mètode, especialment quan aquest és infreqüent, o l'explicació que el suïcidi es dona com a resposta a crisis personals o adversitats, no només és una falsedat, sinó que podria legitimar la còpia de l'acte suïcida com, per exemple, en persones vulnerables (Niederkrötenhaler et al., 2012; Sisask i Värnik, 2012; Daine et al., 2013). De la mateixa manera, resulta cada vegada més preocupant la informació que es pot trobar a les xarxes en quant a metodologies diverses per a poder cometre actes suïcides (Westerlund, Hadlaczky i Wasserman, 2012).

- **Estigma associat als comportaments de cerca d'ajuda**

Malgrat les diverses campanyes per erradicar o minimitzar l'estigma en salut mental, toxicomanies o temptatives de suïcidi, el cert és que el suïcidi es

manté considerablement estable en la majoria de països. El manteniment, a nivell social, de l'estigma provoca que persones que assistirien a professionals per poder consultar sobre l'ideació suïcida o les temptatives, prefereixin no fer-ho, mantenint l'estigmatització. El mateix passa amb les persones que envolten un individu amb problemes de salut mental: poden no actuar davant d'un cas concret influenciades per l'etiqueta de l'estigma. Sigui quina sigui la raó per a la no actuació, alimenta paradoxalment el risc (OMS, 2014).

#### **1.1.4.3.2. Factors de risc de la comunitat**

- **Desastres, guerres i conflictes**

Experimentar situacions com desastres naturals, guerres i conflictes civils poden incrementar el risc suïcida degut a les repercussions destructives que es generen, i a com influencien el benestar de les persones. Malgrat això, cal destacar que s'ha observat un cert descens dels casos consumats en aquestes situacions, sobretot en guerres, segurament com a resultat d'una necessitat d'incrementar la cohesió social per fer front a la situació (Somasundaram i Rajadurai, 1995).

Per altra banda, també s'observa un major comportament suïcida en veterans de guerra, fet que segurament està relacionat amb el Trastorn per Estrès Posttraumàtic (Anseán, 2014; Bullman i Kang, 1994).

- **Estrès per desplaçaments i aculturització**

L'estrès que generen els desplaçaments forçats i els processos d'aculturització d'alguns pobles indígenes, representa un risc de suïcidi significatiu. És freqüent observar suïcidis individuals i col·lectius en pobles aborígens d' Austràlia, Canadà i els EEUU. En el cas dels Maoris de Nova Zelanda, la taxa de suïcidi s'eleva molt per sobre de la mitjana. El mateix trobem en població immigrant (Sher, 2013). A més, a causa de la violació dels drets humans, la llengua, la cultura, i l'autonomia territorial, alguns pobles nadius generen característiques col·lectives, com ara la depressió, l'aïllament i la discriminació, contemplades totes com a factors de risc.

- **Discriminació**

Els col·lectius de persones amb una orientació sexual diferent a l'heterosexualitat, persones empresonades o detingudes, refugiats, immigrants i persones que pateixen ciberintimidació o *bullying*, discriminació continua, directa i de forma sistematitzada, poden presentar comportaments suïcides (OMS, 2000; Taylor, Hawton, Fortune i Kapur, 2009).

- **Traumes i abusos**

Les situacions traumàtiques com els abusos de qualsevol naturalesa, les tortures, la violència física a la infància, el maltractament emocional, i l'abandonament són susceptibles de desencadenar depressió i comportaments suïcides. En el cas d'infants, aquests factors tendeixen a actuar acumulativament, incrementant els trastorns mentals i el suïcidi (Lamb, 2006; Brown, 2001).

Entre totes les situacions traumàtiques esmentades cal prestar atenció especialment a l'abús sexual infantil. Chandy, Blum i Resnick (1996) observen un increment de la vulnerabilitat i del risc de suïcidi en 740 nenes que havien patit abusos sexuals. Com més aviat es comença a patir l'abús, més possibilitats d'intent de suïcidi hi poden haver. Al mateix temps, pot incrementar el consum de drogues i alcohol, i la simptomatologia depressiva (Anseán, 2014; Chandy et al., 1996).

#### **1.1.4.3.3. Factors de risc relacionals**

- **Aïllament i manca de suport social**

En diversos estudis, s'observa la relació existent entre l'aïllament social i el suïcidi consumat (Anseán, 2014; López et al, 1993). Parlem d'aïllament quan la persona se sent desconnectada d'un cercle social proper, com ara els amics, els familiars, els coneguts o qualsevol persona que es consideri significativa. Sovint, l'aïllament pot ser provocat per un fet negatiu concret que no es comparteix amb l'entorn immediat. Si a



tot això hi sumem depressió, soledat i/o desesperació, el risc suïcida s'incrementa considerablement, especialment en edats avançades (OMS, 2014; OMS, 2000).

- **Conflictes en les relacions, baralles o pèrdues**

Les alteracions i conflictes en les relacions personals, com ara la separació de parella o divorci, les discrepàncies amb els fills, les pèrdues per una mort i les pèrdues d'amistats, s'associen a un major risc suïcida. També en situacions extremes com la violència de gènere o sexual s'observa un increment de les temptatives de suïcidi i del propi suïcidi (Beck i Weishaar, 1990).

#### **1.1.4.3.4. Factors de risc individuals**

- **Intents o temptatives de suïcidi**

Portar a terme una temptativa de suïcidi es considera un dels factors de risc més importants, ja que incrementa la possibilitat que aquest s'acabi convertint en un suïcidi consumat (Wintemute, Parham, Beaumont, Wright, i Drake, 1999; Gunnell, Bennewith, Hawton, Simkin, i Kapur, 2005). Les temptatives de suïcidi són entre 8 i 25 vegades més freqüents que els suïcidis consumats, però els estudis mostren que la tendència és de repetir-se al llarg de la vida (Sakinofsky, 2000; Wilkinson i Smeeton, 1987), especialment durant el primer any després de la temptativa (Hawton, Fagg, Simkin, Bale, i Bond, 1997; Sakinofsky, 2000). Segons les dades, entre el 50% i el 80% dels suïcidis consumats havien estat precedits d'algun tipus d'intent previ. La severitat i la intenció de letalitat de la temptativa sovint són millors predictors que la desesperança o la ideació suïcida (LeCubrier, 2001).

Les etapes de màxima vulnerabilitat a les temptatives de suïcidi, i al propi suïcidi consumat, són les etapes de l'adolescència i, sobretot, d'edat avançada, principalment per les seqüeles físiques que pot tenir l'individu i la dificultat per superar-les (Nock et al., 2008; Ystgaard et al., 2009). Pel que fa al gènere, alguns estudis publiquen que existeix un major risc de temptatives en les dones, especialment en edats avançades, mentre que d'altres estudis reflecteixen baixes diferències entre

gèneres (Anseán, 2014). Per últim, considerant-ne la freqüència en les diferents patologies mentals, observem que, mentre que a l'estudi de Fornam, Berk, Henriques, Brown i Beck (2004) es considera que la multi-reincidència és major en quadres psicopatològics severos, en l'estudi de Rudd, Joiner i Rajab (2004) en destaquen el trastorn límit de personalitat (TLP) com a un dels principals causants de la reincidència.

- **Trastorns mentals**

A partir del segle XIX, i sobretot per influència de la psiquiatria francesa, es comença a considerar el fenomen del suïcidi des d'una perspectiva mèdica altament relacionada amb la malaltia mental. En la 4a edició del DSM (DSM-IV; First, Spitzer, Gibbon i Williams, 1995) es proposa per primera vegada el suïcidi com una possible complicació de la malaltia mental. Malgrat això, aquesta relació no es compleix a tot arreu. Un exemple és a la Xina, on el nombre de suïcidis és molt elevat però, en contraposició, la taxa de malaltia mental és bastant més baixa (Chang, Hung i Yip, 2001). En diverses revisions sistemàtiques (Maris, Berman i Silverman, 2000; Cavanagh, Carson, Sharpe, i Lawrie 2003) s'observa que la freqüència de trastorns mentals greus en casos de suïcidi consumat és present entre el 81% i el 100%.

Els trastorns mentals configuren un dels majors factors de risc de suïcidi, però cal molta cautela alhora d'abordar i analitzar aquest col·lectiu, ja que les dades mostren que la majoria de persones amb trastorn mental difícilment mostren comportaments suïcides i, calen altres factors perquè es doni la conducta suïcida (Mann, Oquendo, Underwood i Arango, 1999; OMS, 2014).

A partir dels informes i guies de la OMS (2014), del Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat (2011) i del Manual de prevenció, intervenció i postvenció de la conducta suïcida (Anseán, 2014), s'estableixen 5 grans categories de trastorns mentals en funció de la seva relació amb la conducta suïcida (els trastorns per addicció a substàncies i alcoholisme es tracten a part):

- Trastorns Depressius
- Trastorns Mentals Severos
- Trastorns de Conducta Alimentària
- Trastorns de Personalitat

- Trastorns d'Ansietat

- **Trastorns Depressius (TD)**

La OMS (2010) afirma que la depressió major és el trastorn mental més associat a la conducta suïcida i suposa un risc 20 vegades més gran de suïcidi en aquelles persones que la pateixen en comparació a la població general. Aquesta afirmació és vàlida per a totes les franges d'edat, especialment de 30 a 40 anys i en població d'edat avançada. En general, s'estima que el risc de suïcidi en el trastorn depressiu és del 4% en pacients ambulatoris, mentre que en pacients que han estat hospitalitzats, la prevalença augmenta fins al 8.6% (Bosrwick i Pankratz, 2000). Altres estudis eleven aquest percentatge fins al 15%, i s'estima que fins a un 50% dels pacients amb trastorn depressiu realitzen algun tipus de temptativa (Miles, 1997). A més, del total de suïcidis i temptatives trobem que entre el 65% i el 90% manifesten tenir algun grau de depressió (OMS, 2014).

- **Trastorns Mentals Severs (TMS)**

En aquest apartat es descriuen dos dels trastorns mentals severs amb més coneixement respecte a la conducta autolítica: l'esquizofrènia i el trastorn bipolar.

En l'esquizofrènia, el risc de temptativa suïcida se situa entre el 18% i el 55%, i el suïcidi consumat entorn al 10% i el 15% (Roy, Shreiber, Mazonsón i Pickar, 1986). El suïcidi és la primera causa de mort entre les persones amb esquizofrènia d'edats més joves (Mortensen i Juel, 1993), en especial quan aquests tenen, a més, depressió, un historial previ de temptatives de suïcidi i estan en fase activa de la malaltia (Heila, Isometsa, Henriksson, i Heikkinen, 1997). Majoritàriament, el major nombre de suïcidis en pacients esquizofrènics es dona en els primers 10 anys després del debut de la malaltia, arribant a una taxa del 44%. A partir d'aquest moment la taxa va disminuint (Lejoyeux, Leon i Rouillon, 1993). Cal destacar que, en pacients amb esquizofrènia, a banda dels factors de risc més importants, com ara pertànyer al sexe masculí, ser solter, no tenir activitat laboral o tenir recaigudes de la malaltia, trobem també altres factors de risc importants com la baixa adherència al tractament i l'alt nivell de deteriorament social (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair i Deeks, 2005).

Pel que fa al trastorn bipolar, l'estudi de Hawton et al. (2005) mostra que la desesperança i l'existència d'antecedents suïcides són els dos factors de risc més destacats. En aquest col·lectiu, la taxa de temptatives es situa entre el 20% i el 58%, sobretot quan el pacient es troba en fase depressiva (Tondo, Isacsson i Baldessarini, 2003). En aquesta fase, les temptatives són imprevisibles i letals (Nieto-Rodríguez, Vieta-Pascual, Gasto-Ferrer i Cierra-Costa, 1992), mentre que en la fase maníaca el risc de temptatives és molt menor (Isometsa, Henriksson, Aro i Lönnqvist, 1994).

- **Trastorns de la Conducta Alimentària (TCA)**

En els trastorns de la conducta alimentària s'observa ideació i conducta suïcida, sobretot quan el trastorn va acompanyat d'ansietat i depressió. L'anorèxia és un dels trastorns que presenta major risc de suïcidi, principalment en dones que es troben en l'adolescència avançada (Vega-Piñero et al., 2002).

- **Trastorns de Personalitat**

Els trastorns de la personalitat en els quals hi ha les taxes més elevades de suïcidi són els del clúster B, sobretot quan hi ha comorbiditat amb altres trastorns. Destaquen el trastorn de personalitat antisocial i el trastorn límit de la personalitat (TLP). Varis estudis situen la taxa de suïcidis del TLP entre un 3% i un 9% més elevada que la de la població general (Ahrens i Haug, 1996).

- **Trastorns d'Ansietat**

Els trastorns d'ansietat s'associen a ideació, temptativa i suïcidi consumació, però no està demostrat si són factors de risc independents o bé es troben associats a d'altres factors com els trastorns afectius, l'abús de substàncies o els trastorns de la personalitat (Anseán, 2014). En un estudi fet a Baltimore per Bolton et al. (2008) s'observa que la presència d'un o més trastorns d'ansietat està significativament associat a intents de suïcidi posteriors. Aquests resultats suggereixen que els trastorns de l'ansietat són factors de risc independents per a les conductes de suïcidi i que tenen una gran importància pel que fa a la salut pública (Bolton et al., 2008).

- **Consum nociu d'alcohol i altres substàncies**

En base a diferents estudis, s'ha demostrat que qualsevol trastorn per abús de substàncies incrementa el risc de suïcidi, en especial les persones amb dependència a l'alcohol, amb una taxa de suïcidi del 7 (OMS, 2014). Respecte als percentatges de suïcidi total, trobem que entre un 25% i un 50% estan relacionades amb l'abús de l'alcohol i/o altres substàncies psicotròpiques (Buglass i Horton, 1974; Barrat, 1994). En comparació a la població general, el consum o abús d'alcohol i altres substàncies incrementa 6 vegades el risc de suïcidi. A més, a part de ser un factor de risc, l'abús d'alcohol i altres substàncies psicoactives pot actuar també com a un precipitant de la conducta suïcida (Anseán, 2014).

- **Pèrdua laboral o financera**

La pèrdua laboral, sobretot quan va acompanyada d'incertesa financera, pot incrementar el risc de suïcidi en casos on es dona comorbiditat amb altres factors, com ara trastorns mentals o abús d'alcohol (Stanley, Träskman-Bendz i Stanley, 1986). Segons l'informe SESPAS (Gili, Garcia i Roca, 2014) la crisi econòmica dels darrers anys ha incrementat els trastorns mentals: un 19% els trastorns de l'estat d'ànim, un 8% els trastorns d'ansietat i un 5% els consums d'alcohol, però l'increment en el nombre de suïcidis no ha estat significatiu. Això pot ser degut a què, de forma paral·lela, també s'han incrementat les polítiques de prevenció i tractament.

- **Desesperança**

La desesperança, entesa com la pèrdua d'expectativa i de motivació vers el futur, és per sí sola un factor de risc molt important per a la conducta suïcida, ja que la persona es troba en una situació on visualitza el futur sense cap possibilitat de millora (Dyck, 1991). A més, quan la desesperança va associada a algun tipus de trastorn mental el risc és més elevat (Weisman i Worden, 1972). En un estudi de 1975, Wetzel (1975) mostra com els nivells de desesperança correlacionen positivament amb els intents de suïcidi. També s'ha observat, en dones que han estat víctimes de la violència de gènere, que la desesperança incrementa el risc de suïcidi (Anseán, 2014; Meadows, Kaslow, Thompson, i Jurkovic, 2005).

- **Dolor crònic i malaltia mèdica**

El dolor crònic i les malalties cròniques d'origen orgànic (discapacitat física, càncer, diabetis, VIH/Sida) incrementen el risc de conducta suïcida entre 2 i 3 vegades respecte a la població general (Motto, 1991). Altres estudis es troben més en la línia de defensa que no és tant la malaltia física en si, la que incrementa el risc de suïcidi, sinó la malaltia associada a un quadre depressiu, a dolor no tractat o mal tractat, i a l'ansietat anticipatòria de patir dolor (Anseán, 2014; Ceballos-Espinoza, 2015). S'estima que entorn al 25% dels suïcidis estan relacionats amb malalties físiques, sobretot quan hi ha associat algun trastorn psicològic. En el cas de la Sida, encara que aquests han disminuït des de l'aparició dels antiretrovirals, el risc de suïcidi és d'entre el 2% i el 4% superior al de la població general (Antón-San-Martín et al., 2013).

- **Antecedents familiars de suïcidi**

Pel que fa als factors de caràcter familiar, el fet de tenir antecedents familiars de suïcidi es considera un dels factors de risc més importants per a la conducta suïcida, sobretot en les dones i quan el grau de parentiu és de primer grau (Antón-San-Martín et al., 2013). Fins i tot hi ha estudis que mostren que en persones adoptades que han comès suïcidi, en molts casos hi havia antecedents familiars en les respectives famílies biològiques (Schulsinger, 1979).

La mort d'un familiar per suïcidi genera uns sentiments negatius i múltiples preguntes cap a les causes que l'han originat. Els familiars es pregunten com ha pogut passar desapercebuda la situació i això genera estrès, vergonya, culpa, irritabilitat i ansietat davant la mort. En ocasions, l'equilibri familiar queda alterat i calen algunes reassignacions de rols per tal de tornar a la normalitat (Horowitz et al., 2001).

- **Factors genètics i biològics**

El principal factor biològic que ha estat relacionat amb la conducta suïcida és el dèficit o la baixa activitat de la serotonina. Això pot ser degut a factors genètics o factors bioquímics, com poden ser un polimorfisme en el gen transportador de la serotonina o un dèficit en les proteïnes que la sintetitzen (Anseán, 2014).

Altres estudis s'han centrat en altres sistemes monoaminèrgics com la dopamina, l'adrenalina i la noradrenalina, o en l'eix hipotàlem-hipofisiari-adrenal i l'eix hipotalàmic-hipofisiari-tiroideo (Van Praag, 1996). El comportament suïcida també s'ha

relacionat amb una activitat disminuïda de la monoaminooxidasa i la concentració de melatonina en el líquid cefaloraquidi. Per últim, la disminució de l'acid hidroxindolacètic (5-HIAA) en el líquid cefaloraquidi, que ha estat relacionat amb l'agressivitat i el suïcidi, és una de les troballes més prometedores pel que fa a factors de risc biològics.

Finalment, cal destacar que en els estudis realitzats en bessons, s'ha observat que un 45% de les diferències trobades en la conducta suïcida dels bessons són explicades per factors genètics (Anseán, 2014).

- **Edat**

La correlació entre l'increment de l'edat i el risc suïcida és molt alta a nivell global, sobretot en els països industrialitzats, tant pel que fa a homes com a dones a partir de 65 anys i, sobretot, a partir de 75 anys (Anseán, 2014; Vega-Piñero et al, 2002; Ministerio de Sanidad Política e Igualdad, 2011). En l'estudi de Frierson (Anseán, 2014) es van analitzar les característiques d'una mostra de 95 persones d'entre 60 i 90 anys que havien comès una temptativa de suïcidi. Aquestes persones van destacar per un alt grau de determinació i letalitat, així com per l'existència de trastorns psiquiàtrics i problemes mèdics juntament amb aïllament i soledat (Anseán, 2014). En aquesta edat, la tendència majoritària és de no avisar sobre la intenció de suïcidar-se així com també un menor nombre de temptatives (Anseán, 2014; Moscicki, 1997). Un altre fenomen àmpliament observat en aquesta franja d'edat són els anomenats "suïcidis silenciosos"; comportaments suïcides indirectes com deixar de menjar o abandonar el tractament mèdic prescrit. L'increment de tot tipus de conductes suïcides en la vellesa pot ser degut a varis factors com la por a envellir, la malaltia, la jubilació, la mort de la parella, la progressiva dependència de tercers i la soledat (Anseán, 2014; Sullivan, 1997; Giner i Guija, 2014).

Pel que fa a edats més joves, podem destacar, en primer lloc, la baixa taxa d'intents autolítics en el període previ a la pubertat. Els intents en alumnes de primària es troben al voltant del 3% i en els de secundària de l'11% (Anseán, 2014). Les temptatives de suïcidi són més freqüents entre adults joves del sexe femení (Diekstra, 1993; Antón-San-Martín et al., 2013). La major freqüència en dones es registra en

edats compreses entre 15 i 24 anys, seguit per la franja dels 25 als 34 i, finalment, dels 35 als 44 anys. En el cas dels homes, la franja majoritària es troba entre els 25 i els 34 anys, seguit dels 35 als 44 i, per últim dels 15 als 24 anys (Anseán, 2014).

A Europa, en la franja dels 15 als 24 anys, el suïcidi és la segona causa de mort, tant en homes com en dones i, a països com Dinamarca o el Japó és la primera causa de mort entre els joves. En aquesta franja entre un 1% i un 20% admeten tenir o haver tingut ideació suïcida, essent més freqüent en població amb tractament psiquiàtric (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, i Leenaars, 2012; Torres, 2007; Isometsä, 2001). Generalment, els factors associats a joves són: estar en tractament psiquiàtric, l'abús de substàncies, patir un trastorn de personalitat i haver fet temptatives prèvies (Anseán, 2014; Ricardo i Ciselli, 2012).

- **Sexe**

A grans trets, podríem dir que el gènere femení presenta taxes d'ideació autolítica i temptatives de suïcidi 2 o 3 vegades superiors als homes, mentre que aquests consumeixen el suïcidi de 2 a 4 vegades més que les dones (Anseán, 2014). Aquesta diferència es sol incrementar amb l'edat, malgrat que les dones solen patir depressió, el qual és un dels factors de risc de primer ordre (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Anseán, 2014; Berman, Silverman, i Bongar, 2000). Segons Murphy (1998), una possible explicació al fet que malgrat les dones tenen més diagnòstics de depressió hi ha més suïcidis entre el sexe masculí, ja que les dones tenen més tendència a buscar ajuda externa davant una situació de depressió, mentre que els homes solen veure aquesta demanda com un signe de debilitat i s'abstindrien de qualsevol tipus de recolzament social (Murphy, 1998).

- **Orientació sexual**

Malgrat que no existeix una evidència absoluta, s'ha observat que l'orientació sexual podria incrementar el risc suïcida, en especial en homes homosexuals entre l'adolescència i la primera joventut (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), principalment per la discriminació rebuda, els conflictes interpersonals i l'ansietat que això pot generar (Ceballos-Espinoza, 2015; Murphy, 1998; Hjelmeland et al., 2012; Chachamovic et al., 2013). En general, el col·lectiu homosexual sembla



presentar una major taxa d'abús d'alcohol, de depressió i de desesperança, tots tres factors de risc en la conducta suïcida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011; Anseán, 2014; Hjelmeland et al., 2012). En quant a temptatives, les persones homosexuals presenten entre 5 i 10 vegades més intents de suïcidi que la població general (Herrell et al., 1999; Fergusson, Horwood, i Beautrais, 1999).

- **Nivell educatiu**

L'evidència científica mostra que, en general, hi ha més temptatives de suïcidi entre la població amb baix nivell d'estudis. Segons la OMS, al voltant del 57% d'intents autolítics es donen en persones amb estudis primaris i, només el 12%, es donen en persones amb nivell educatiu alt. Un altre estudi, liderat per Heikkinen et al. (1997), mostra que, en persones amb trastorns de personalitat, el suïcidi consumat era més freqüent en aquelles amb una escolarització inferior als 9 anys acadèmics. De forma similar, Kubrin i Wadsworth (2000) observen un major risc de suïcidi en joves de 20 a 24 anys que amb una escolarització per sota dels 8 anys acadèmics. No obstant, també hi ha estudis que mostren una tendència contrària en quant a la consumació del suïcidi, en el sentit següent: a més estudis, major risc de suïcidi, entenent la població amb estudis universitaris com a població d'alt risc (Yoshimasu et al., 2008), potser degut a feines altament qualificades que s'associen alhora a alts nivells d'estrès.

- **Ètnia**

Respecte a l'ètnia, el perfil predominant en més d'un 70% de les conductes suïcides correspon a homes majors de 85 anys i de raça blanca. La raça blanca té el doble de conductes suïcides que la resta de races majoritàries i, dins de la mateixa raça blanca, les persones d'origen hispà registren un 50% menys de casos que els de raça caucàsica. Paral·lelament hi ha col·lectius ètnics concrets com els indis de les reserves d'EEUU i els nadius d'Alaska que tenen una taxa superior a la mitjana del país, principalment per processos relacionats amb l'aculturització (Bille-Brahe, 1998).

- **Estat Civil**

Diferents estudis han descrit la relació existent entre l'estat civil i el risc de conducta suïcida, independentment del sexe i l'edat, i s'ha observat una major

incidència de suïcidi en homes divorciats i solters, i en dones solteres i vídues, respecte la població casada. Es considera que el fet d'estar integrat en un nucli familiar i tenir les corresponents obligacions disminueix els impulsos individualistes i el risc de conducta suïcida, mentre que la viudetat o el divorci poden promoure la soledat i l'aïllament, incrementant-ne el risc (Schmidtke et al., 1996).

- **Religió**

Finalment, pel que fa a la religió s'ha observat que hi ha un major nombre de suïcidis entre les persones que es declaren atees o que manifesten la no existència de creences i pràctiques religioses. Aquest fet indica que la religió pot actuar com a factor protector de la conducta suïcida (Anseán, 2014).

### 1.1.5. Factors protectors

Contràriament als factors de risc, podem identificar alguns factors de caràcter protector, aquells que disminueixen la probabilitat de suïcidi, malgrat la presència d'alguns factors de risc. S'ha demostrat que enfortir aquests factors incrementa la capacitat de recuperació de la persona i, per tant, disminueix el risc de suïcidi (Johnson, Wood, Gooding, Taylor, i Tarrier, 2011). Si bé és cert que els estudis encaminats a descriure els factors de risc són molt superiors, el coneixement en profunditat d'accions o comportaments protectors són primordials per poder establir polítiques preventives.

Els factors protectors poden ser classificats en dues tipologies: factors propis del subjecte i factors ambientals (OMS, 2014).

Entre els factors protectors de tipus personal en destaquen: disposar d'estratègies personals i mesures d'afrontament positives en la resolució de conflictes amb l'entorn (Sisask, Värnik, Kolves, Konstabel, i Wasserman, 2008) i la capacitat de buscar ajuda davant les adversitats (Luthar, 2003). A més, una bona autoconfiança i autoestima, així com uns bons nivells d'autoimatge, autosuficiència i resiliència són factors protectors fonamentals (Wang, Lai, Hsu, i Hsu, 2011; Roy, Carli i Sarchiapone, 2011).

També destaquen com a factors protectors de primer ordre els estils de vida saludables: una bona alimentació, l'exercici físic, el control d'hàbits tòxics, la salut comunitària entesa com el contacte saludable amb l'entorn i, el maneig de l'estrès (Davidson, Babson, Bonn-Miller, Souter, i Vannoy, 2013). Finalment, complementen la llista dels factors individuals les actituds i normes en contra del suïcidi, la por al dolor, el control de la impulsivitat, l'existència d'esperança i l'accés a dispositius de salut (Hamdan et al., 2012).

Pel que fa als factors ambientals o de tipus social podem destacar aquells comportaments vinculats a relacions personals estretes com ara la parella, la família o els amics. En situacions d'estrès per a l'individu, aquests poden actuar donant suport o

ajudant en la recuperació d'alguna circumstància adversa. Disposar i compartir lligams estrets a nivell personal, amb una duració prolongada, genera un sentiment de pertinença, connexió i seguretat (Goertemiller i Lynch, 2003). En la mateixa línia, Everall, Altrows i Paulson (2006) descriuen la pertinença a una xarxa social com un dels elements més importants de resiliència per a les experiències traumàtiques. Anseán (2014) i Coker et al. (2002) assenyalen que puntuacions elevades en recolzament social han estat relacionades amb un menor risc d'intents de suïcidi. Per últim, Kposowa (2000) esmenta que tenir persones al teu càrrec, com els fills o els pares grans, actua com a factor protector per la responsabilitat que genera ser-ne el cuidador principal.

## 1.2. L'Autòpsia Psicològica

### 1.2.1. Definició i funcions

L'interès per l'estudi i el coneixement en profunditat de les circumstàncies que envolten una mort per suïcidi és un fet relativament recent en la nostra història. Fa menys de 100 anys que van començar a haver-hi les primeres investigacions de caràcter científic per intentar entendre el fenomen del suïcidi i, al mateix temps, trobar eines vàlides per tal d'evitar o disminuir-ne la prevalença a nivell mundial. En els últims anys, en el context de les ciències de la salut i les ciències socials, s'han dissenyat instruments, protocols d'actuació i processos d'avaluació amb l'objectiu d'aconseguir la màxima informació sobre les morts per suïcidi. Una de les metodologies més rellevants és la de l'Autòpsia Psicològica (AP).

La AP es pot definir com la suma de la informació recollida entorn d'una mort per suïcidi i/o mort dubtosa, i el posterior anàlisi de les dades per tal de poder elaborar un informe detallat amb totes les característiques relatives al succés (Knoll, 2008). Es tracta d'un instrument d'investigació post-mortem, utilitzat amb caràcter retrospectiu, que té per objectiu reunir, descriure i analitzar tota la informació possible a l'entorn dels esdeveniments que rodegen una mort per suïcidi i/o mort dubtosa: certificats i exàmens mèdics, informes forenses, història clínica, documents personals, cartes, notes i, en particular, la informació facilitada mitjançant entrevistes a familiars (Presentación, Ventura, Canet i Presentación, 2004).

En primer terme, l'AP va sorgir amb la funció de determinar el tipus de mort en les anomenades "morts dubtoses", és a dir, poder precisar la naturalesa de la mort i poder etiquetar-la en funció de si es tracta d'una mort natural, accidental, suïcida o per homicidi, el que es coneix com a sistema de codificació NASH (Jiménez, 2001).

A partir d'aquesta primera funció van anar apareixent diferents objectius i qüestions als quals l'instrument podia donar resposta. Segons Ebert (1991) la tècnica

de l'AP té quatre aplicacions principals: aclarir les morts dubtoses, esbrinar els motius de la mort per suïcidi, detectar quina és la població d'alt risc, així com possibles mesures de prevenció, i actuar com a mitjà terapèutic per als familiars del difunt. Es tracta d'esbrinar quines han estat les circumstàncies o motius que han actuat a l'entorn del difunt en el temps previ a la mort i les dades epidemiològiques bàsiques per tal de poder desenvolupar estratègies de prevenció adequades. També és important destacar que l'instrument aporta un valor terapèutic vers els supervivents (familiars, amics, etc.). Pot ajudar a identificar dols complicats però també permet la comunicació de pensaments i sentiments sobre el que ha ocorregut i l'expressió d'emocions com la ràbia, la culpa, el dolor i la vergonya, ajudant a realitzar un afrontament del dol d'una forma més saludable. En els estudis de Tuesca i Navarro (2003) i de Jiménez (2001) es realitza una exploració de l'AP coincidint amb les funcions proposades per Ebert i es posa l'accent en què l'AP és una eina de primer ordre en les àrees de la criminologia.

Per la seva part, Gómez et al. (2014) consideren que l'AP ha d'ajudar a aprofundir en el coneixement del perfil psicològic del difunt. Específicament proposen que ha de servir per esbrinar quin era l'estat psicològic o psicopatològic del difunt en el període previ al suïcidi i, determinar si patia algun tipus d'afectació que prèviament no hagués estat detectada o que la persona no disposés d'assessorament professional malgrat fos necessari. De forma complementària, Presentación et al. (2004) afegeixen la necessitat de donar resposta sobre quin era l'estil de vida del difunt, si hi havia àrees de conflicte en el seu entorn immediat i, si es van donar senyals d'alerta pre-suïcida.

Així mateix, Knoll (2008) considera que l'AP ha de poder identificar patrons de comportament (reaccions a l'estrès, adaptabilitat, canvis en els hàbits o rutines), determinar la presència o absència de motius i d'intencionalitat per a cometre el suïcidi, determinar els factors de risc (mitigants i agreujants), dur a terme una avaluació post-mortem del suïcidi i, establir la probabilitat que la mort sigui duta a terme per suïcidi. Aquest mateix autor considera, a més, que l'AP es pot aplicar en diferents àrees, com la recerca en matèria de suïcidi, les peticions d'asseguradores, qüestions relacionades amb testaments i en l'elaboració de programes de prevenció de suïcidi.

Finalment, Díaz (2014) suggereix l'aplicació de l'AP en diferents àrees i amb diferents objectius: coneixement i determinació del tipus de mort, aclariment de les motivacions per a voler morir, elaboració de programes de prevenció de suïcidi i protocols d'actuació, elaboració de guies clínic-epidemiològiques sobre el suïcidi, determinació les causes del suïcidi i les possible responsabilitats que se'n puguin derivar (p.ex. mobbing) i, en última instància, determinació del perfil suïcida.

## 1.2.2. Història de l'Autòpsia Psicològica

Les primeres investigacions del comportament autodestructiu es remeten als anys 20 i 30 del segle passat, a França i Nova York, respectivament. Aquestes consistien a recollir tota la informació existent entorn als casos de suïcidi. Posteriorment, en la dècada dels anys 50 es va dur a terme el primer estudi de suïcidis consecutius, a càrrec de l'investigador Eli Robins i els seus col·laboradors a la Universitat de Washington a San Luís. El mateix estudi es va replicar a Seattle per part de Dorpat i Riple els anys posteriors (Anséan, 2014).

Paral·lelament, Shneidman, Farberow i Litman (1970) treballaven en el mateix camp al Centre de Prevenció del Suïcidi de Los Ángeles, però el seu objectiu principal era la col·laboració amb l'oficina d'examinadors mèdics per tal de determinar les causes en les anomenades morts dubtoses, on hi havia dificultats per a classificar i aplicar el codi NASH (Natural, Accidental, Suïcidi, Homicidi) en la certificació de mort. Per la seva part, Litman estava interessat especialment en la recollida d'informació a través de familiars i persones pròximes al difunt, i en l'anàlisi a l'entorn d'un cas (Litman, 1989). A Europa, va ser amb l'estudi de Barraclough, Bunch, Nelson i Sainsbury (1974) dut a terme a Sussex i Portsmouth on es van començar a examinar casos consecutius de suïcidi entre 1966 i 1969.

A partir d'aquell moment es van realitzar molts d'altres estudis que van detectar una alta convergència independentment de la cultura, aportant tots ells una acumulació d'informació i una evidència cabdals. En un primer moment, aquests estudis es van desenvolupar a través de l'anàlisi de suïcidis consecutius durant un període de temps establert a priori. Posteriorment, va sorgir una segona generació d'estudis que utilitzava el disseny de cas-control per tal de poder-ne fer una comparativa. Així s'agafaven subjectes vius que fossin representatius de la mostra de subjectes que havien comès suïcidi i s'analitzaven les característiques de les dues mostres de forma paral·lela. La majoria d'aquestes mostres estaven formades per casos de trastorns mentals concrets i co-morbilitat o poblacions específiques d'alt risc. Per exemple, persones del sexe masculí amb depressió major que haguessin comès suïcidi comparat amb altres persones del sexe masculí diagnosticades amb depressió



major (Cavanagh et al., 2003).

Un dels autors recents més prolífics pel que fa la recerca en suïcidi, considerat el pare del concepte d'AP, és Edwin Schneidman (1918-2009), psicòleg nord-americà i cofundador de l'American Association of Suicidology (Isometsa, 2001). La seva obra és un referent pel que fa l'AP. Un dels seus principals objectius va ser intentar esbrinar quins eren els elements comuns a tots els suïcidis.

A partir d'aquest moment, l'AP com a tècnica ha anat evolucionant i s'ha anat implementant progressivament en diferent països. Això ha permès descobrir-ne noves funcions i aplicacions, malgrat no trobar-se exempta de controvèrsia degut a les característiques de la seva metodologia. Un article d'Isometsa (2001) fa una interessant revisió de més de 20 grans estudis sobre l'AP desenvolupats en diversos països i cultures a Nord Amèrica, Europa, Austràlia i Nova Zelanda, Israel, Taiwan i la Índia.

## **1.2.3. La metodologia de l'Autòpsia Psicològica**

### **1.2.3.1. Característiques bàsiques per a la realització de l'AP**

En el procés de realització de l'AP, la informació obtinguda prové principalment de dues fonts d'informació: les entrevistes en profunditat a membres de la família i persones properes i la col·lecció de tots els documents rellevants, com ara informes mèdics i/o psiquiàtrics, notes d'acomiadament, etc. Per tal d'aconseguir aquesta informació hi ha una sèrie de característiques o condicions prèvies que cal tenir en compte, sobretot alhora de realitzar l'entrevista de forma efectiva. Algunes d'aquestes consideracions són el temps transcorregut des de la mort del subjecte, la durada de l'entrevista, l'emplaçament físic per dur-la a terme, el professional adequat per a conduir-la i les característiques i predisposició dels informants.

Pel que fa al temps transcorregut entre la mort del subjecte i l'entrevista de l'AP, els autors no mostren unanimitat al respecte, malgrat que tots coincideixen en deixar passar, com a màxim, un any. Això és degut a què es pretén preservar al màxim la qualitat del record, però sense interferir en els moments inicials del procés de dol, doncs solen ser els més traumàtics. Així, mentre que alguns autors suggereixen la realització de l'entrevista entre un mes i un mes i mig després de la mort (Cheng, Chen, Chen i Jenkins, 2000; Werlang i Botega, 2003), altres proposen com a òptim situar-la entre els dos i els sis mesos (Pompili et al., 2014; Knoll, 2009; Jiménez, 2001). En la revisió d'Isometsa (2001) on s'inclouen més de 20 projectes d'AP es va observar que la majoria dels estudis conduïen les entrevistes entre els 3 i els 12 mesos posteriors a la defunció. Només en l'estudi de Núñez i Huici (2005) es recomana la seva realització en un període de temps molt breu, entre el segon i el setè dia després de la mort. Per la seva part, Hawton et al. (1998) recomanen explícitament evitar la proximitat de dates properes a l'aniversari de la mort, l'aniversari de la persona morta o situacions familiars particularment emotives com l'època de Nadal.

Respecte a la durada de l'entrevista, la majoria d'autors coincideixen en què es necessiten entre 1 i 3 hores, encara que en algun cas s'amplia fins a 5 hores, de forma ininterrompuda, però amb breus descansos (Hawton et al., 1998).

En relació al lloc, es recomana que aquest sigui un espai neutre i confortable. Sovint se solen utilitzar les dependències mèdiques properes a l'entrevistat (Antón-San-Martín et al., 2013), el domicili particular de l'individu (Hawton et al., 1998) o algun dels despatxos mèdics de l'hospital de referència (González et al., 2010).

Respecte al perfil del professional que ha de realitzar l'AP també hi ha algunes discrepàncies. En alguns casos es demana que sigui un professional investigador del camp de la salut mental, experimentat en entrevista clínica i, concretament, en l'abordatge del dol per tal de poder gestionar possibles reaccions emocionals durant l'AP (Hawton et al., 1998) mentre que en d'altres es suggereix que sigui un metge, un metge psiquiatre, un professional de la infermeria o un psicòleg (Antón-San Martín et al., 2013; González et al., 2010; Pompili et al., 2014). En general, es considera que, tingui el perfil que tingui, un element fonamental per a poder realitzar les entrevistes és que tingui un ampli coneixement en el camp del suïcidi. No obstant, en l'estudi de Jiménez (2001) es considera que algunes de les parts de l'entrevista, com l'administració d'enquestes, sí que pot ser realitzada per persones no expertes.

Finalment, pel què fa a les característiques dels informants tots coincideixen que seria adequat que hi haguessin almenys dos informants per poder contrastar la informació, i que almenys un d'ells fos un familiar o amic molt proper a la víctima, podent ser els altres companys de feina, metges i professionals sanitaris de referència o mestres, entre d'altres (García, 1998; Palomo, Ramos, Mera i López, 2010; Núñez i Huici, 2005). Contràriament al que es podria pensar, els resultats dels estudis han mostrat una alta voluntat de participació per part dels familiars i persones properes a l'hora de realitzar l'AP (Garcia, 1998). Generalment, els participants estan motivats a parlar de què ha passat i l'entrevista es desenvolupa amb espontaneïtat i amb l'aportació de múltiples detalls a les qüestions plantejades. Pocs són els casos de negativa i, quan aquests es donen, responen a sentiments d'incertesa, culpa o desesperació per l'experiència viscuda (Garcia, 1998).

### 1.2.3.2. Mètodes emprats en l'AP

Al llarg de la història l'AP s'han utilitzat una gran varietat de formes metodològiques que, si bé han servit per poder aplicar la tècnica en diferents contextos i per a diverses funcions, sovint han estat poc estandarditzats i han mostrat una baixa validesa i consistència (García-Caballero et al., 2010). Es podria dir que gairebé hi ha tantes metodologies com autors han treballat l'AP, ja que cadascun d'ells ha utilitzat una metodologia lliure, ha dissenyat un instrument o protocol propi, o bé ha completat algun protocol o instrument ja existent (Torres, 2007). En general, es poden distingir dos grans blocs en quant a metodologies: les de tipus quantitatiu i les de caràcter qualitatiu, malgrat que alguns instruments són de tipus mixt. Els models quantitatius utilitzen paràmetres quantificables i d'aplicació estadística amb la finalitat d'identificar factors de risc i prevalences. La visió qualitativa proposa reculls documentals i d'informació de la persona difunta, amb la finalitat de ser analitzats mitjançant un enfocament fenomenològic i una mirada comprensiva que ajudi a entendre les circumstàncies particulars de la decisió.

En molts estudis que no utilitzen un mètode estandarditzat ni validat sovint es proposen una sèrie de temes o dominis en els quals l'AP ha d'aprofundir o donar resposta. En general, aquests temes solen ser comuns per a la majoria d'estudis, però inclouen algunes variacions. Així, Litman (1989) veu imprescindible que l'AP reculli els estils de vida, la personalitat, factors estressants recents, presència de trastorns mentals i comunicació d'ideació suïcida. Young (1992), per la seva part, considera que s'ha d'aportar informació entorn a la identificació del difunt, detalls de la mort, història familiar, reacció de la família, relacions interpersonals del decés, canvis significatius previs, plans de futur del difunt o registre d'altres anotacions rellevants. En l'estudi de González et al. (2010) es proposa la recollida de dades centrada en tres grans dominis: les característiques sociodemogràfiques, les variables psicològiques i psiquiàtriques del decés i la història familiar. De forma similar, Cheng et al. (2000) consideren fonamental explorar les següents àrees: presència de trastorns mentals i de la personalitat a través de la classificació CIE-10, història personal de temptatives de suïcidi i privació paternal primerenca, història familiar de temptatives i suïcidis consumats, trastorns mentals i

situacions estressants prèvies al suïcidi, i dades sociodemogràfiques. Per la seva part, Cavanagh et al. (2003) realitzen una revisió sistemàtica identificant com a punts bàsics per a poder realitzar l'AP l'avaluació de la presència de trastorns mentals, la història de temptatives de suïcidi, els tipus de contacte existents entre els sistemes de salut i el difunt, la presència de malaltia física, l'aïllament social i les situacions vitals adverses viscudes pel decés.

En altres estudis es proposa una combinació metodològica que inclou: per una banda, una sèrie de temes dins l'entrevista i, per l'altra, l'administració de diferents qüestionaris validats sobre salut mental, esdeveniments vitals estressants, ansietat o símptomes depressius, entre d'altres. En aquest cas, el mètode en si és la suma de les entrevistes, escales i qüestionaris que, un cop completats i avaluats per diferents investigadors permeten construir l'informe final d'AP. Així l'equip format per Antón-San-Martín et al. (2013) proposa la recollida d'informació a partir de la revisió de la història clínica del pacient i la recollida d'informació a través de familiars tenint en compte els temes següents: dades sociodemogràfiques, característiques personals i familiars i factors psicopatològics. Paral·lelament proposen la utilització de dos instruments clínics per a completar la informació: l'Escala d'Aconeixements Vitals de Paul Ramsey (Salmon, Rush, First i Blacker, 2000) i la versió espanyola de la Family Interview for Genetic Studies (FIGS; Maxwell, 1992). De forma semblant, Terroba i Saltijeral (1983) van proposar un qüestionari semi-estructurat amb aspectes psicosocials rellevants de la persona com les dades personals, el rol de la família, la trajectòria acadèmica i professional, la situació laboral, el desenvolupament social i el paper de l'alcohol i les drogues en la vida del decés. A més, els autors adjuntaven dues escales concretes: l'escala d'avaluació clínica de Zung (1965) i l'Escala per a l'estudi de temptatives de suïcidi de Beck (Beck, Kovacs i Weissman, 1979). Per últim, trobem l'estudi de Tiesca i Navarro (2003) en què s'utilitzen instruments estandarditzats per a completar el qüestionari de dades bàsiques. En aquest cas, els instruments són l'Apgar familiar de Gabriel Smilkestein (1978), l'Inventari d'Ansietat de Beck i Steer (1988), l'Entrevista Internacional Neuropsiquiàtrica Minimal (Lecrubier et al., 1997) i, finalment, s'utilitzen els criteris per avaluar l'estrès post-traumàtic i el control d'impulsos. Altres escales o qüestionaris que s'han utilitzat en l'AP han estat l'Escala

d'Aconteixements Vitals Estressants de Holmes i Rahe (1967) o l'Escala Columbia per Avaluar el Risc de Suïcidi (C-SSRS; Posner et al., 2008).

Finalment, un tercer tipus d'estudis són els que proposen instruments estandarditzats per dur a terme l'AP. El 1991 Ebert va proposar una guia estructurada i sistematitzada que consta de 26 ítems repartits en diferents categories. L'estructura permet minimitzar la subjectivitat i els possibles biaixos, però també redueix l'espontaneïtat de l'entrevistat i, en conseqüència, algunes dades que podrien ser rellevants. La proposta inclou les àrees següents:

- Dades socio-demogràfiques; detalls de la mort.
- Resum de la història del decés (relació amb pares, germans, matrimoni, fills, malalties mèdiques, tractaments mèdics i psicològics, intents suïcides).
- Història de la mort d'altres membres de la família.
- Descripció de la personalitat i estils de vida.
- Patró de resposta de la víctima a l'estrès.
- Problemes emocionals i períodes de crisi.
- Esdeveniments estressants recents.
- Ús d'alcohol o drogues, tant en el seu estil de vida com previ a la mort.
- Naturalesa de les relacions interpersonals de la víctima.
- Accidents que s'hagin patit.
- Suïcidi de persones pròximes.
- Canvi d'hàbits abans de la mort (aficions, parella, treball, etc.).
- Avaluació de la intenció (estratègies de rescat, per exemple).
- Avaluació de la letalitat.
- Reacció dels informants.

Un dels models més estesos en el territori sudamericà és el Model d'Autopsia Psicològica per a Suïcides (MAP-I), dissenyat per García (1998) com a membre del Ministerio de Salud Pública i l'Instituto de Medicina Legal de Cuba. Es tracta d'un model completament estructurat i sistematitzat que permet reduir al màxim molts dels biaixos existents garantint-ne la seva fiabilitat. Consta de 60 dimensions amb un nombre variable de reactius i conté, a més, una guia adjunta

d'instruccions per a la seva administració, de manera que els diferents investigadors poden treballar de forma autònoma i uniforme. Posteriorment, es desenvolupa per a les morts ocorregudes per homicidi (MAP-II) i accident (MAP-III).

Altres exemples de models són el Protocol d'Entrevista per a Autòpsia Psicològica (PEAP) de Pouliot i de Leo (2006) que consta de 62 ítems i combina anàlisi quantitativ i qualitativ i, l'anomenat ARMY (Department of the Army, 1988), un model que es va aplicar dins l'àmbit militar per a poder desenvolupar plans de prevenció a partir de la classificació dels suïcidis en funció de la intencionalitat en tres categories: intenció clara de suïcidi, suïcidi impulsiv o no premeditat i intenció no suïcida (negligència, abús de substàncies, etc.). Per últim, el Protocol de Sociometria Conductual Aplicada pe a la realització d'Autòpsies Psicològiques (PSCAAP), basat en l'anàlisi conductual, pretén descriure el perfil de l'ocit a partir de la idea de que les persones formen part de diverses xarxes i interaccions socials i seran aquestes les que col·laborin a aclarir els factors causals de la mort. El mètode recomana que sigui un equip interdisciplinari qui faci les entrevistes amb la voluntat de controlar el biaix (Herrera, Coronado i Ruvalcaba, 2013).

En el present estudi, basant-nos en les recomanacions i indicacions del recent article de Knoll (2008) sobre la metodologia en l'AP es va decidir utilitzar un protocol estandarditzat per tal de comptar amb una bona validesa i fiabilitat. En aquest cas, es va decidir utilitzar la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) de Werlang i Botega (2003) que ha estat recentment adaptada a l'espanyol per García-Caballero et al. (2010) mostrant una alta fiabilitat entre avaluadors amb índexs kappa entre moderats ( $k > 0.40$ ) i bons ( $k > 0.60$ ).

### **1.2.3.3. El mètode SSIPA**

El mètode SSIPA, traduït com a Entrevista Semi-estructurada per a l'Autòpsia Psicològica, és un dels mètodes més sistematitzats que trobem a la literatura i permet superar molts biaixos existents en d'altres mètodes d'AP. Disposa d'un guió per a la seva aplicació, el qual facilita la conducció de l'entrevista i evita que s'oblidi o es perdi informació rellevant sense perdre flexibilitat.

L'instrument recull una sèrie d'informació sobre dades psicobiogràfiques de l'entrevistat i del difunt, així com un genograma familiar. L'entrevista s'estructura sota 4 grans mòduls; factors precipitants i estressants, factors motivacionals, factors de letalitat i factors d'intencionalitat. En cadascun d'aquests mòduls trobem preguntes obertes on el pacient pot expressar lliurement la seva visió i, a continuació, el segueixen un seguit de preguntes tancades per tal d'acotar i detallar el tema. Les principals característiques analitzades en cada un dels mòduls són les següents:

- Mòdul 1. Factors precipitants i estressants

En el primer mòdul es recull l'avaluació de les possibles causes o factors precipitants immediats i/o els estressants que van ocórrer just abans de la conducta de suïcidi.

- Mòdul 2. Factors Motivacionals

El segon mòdul avalua la possible motivació del difunt per cometre el suïcidi, segons el punt de vista de l'entrevistat. Posteriorment a la qüestió general, el segueixen varies qüestions relacionades categoritzades en quatre seccions: a) problemes psicosocials, ambientals o esdeveniments vitals no immediats, b) símptomes de mal funcionament, c) trets de personalitat, d) fets associats a la història familiar.

- Mòdul 3. Factors de Letalitat

El tercer mòdul avalua la letalitat del fet a través del coneixement en profunditat del mètode utilitzat per a dur a terme el suïcidi.

- Mòdul 4. Factors d'Intencionalitat

El quart mòdul avalua la intencionalitat prèvia als fets agrupada en dos grans blocs temàtics: el desig de morir i la planificació de l'acció.

Un cop finalitzada l'entrevista, a través de l'anàlisi de la informació obtinguda, es realitzen diversos logaritmes per a cada un dels mòduls per tal de determinar la causalitat de la mort, és a dir, si es pot considerar efectivament una mort per suïcidi o s'obre la possibilitat que la mort hagi estat provocada per altres causes.



## 1.2.4. Principals aportacions de l'Autòpsia Psicològica

L'AP s'ha aplicat a diferents països del món, amb metodologies diferents, però amb les mateixes finalitats. A partir d'una revisió exhaustiva dels diferents estudis en AP s'han identificat una sèrie de patrons o característiques comunes pel que fa als perfils de suïcidi.

Per a Shneidman (1996) una de les principals preocupacions a nivell professional és intentar trobar elements comuns a tots els suïcidis, que resumeix en els següents punts:

- Una persona suïcida és una persona que busca una solució a un problema el qual li genera un intens sofriment.
- L'objectiu del suïcidi és el d'acabar amb la pròpia consciència, ja que l'existència d'aquesta és la que genera sofriment.
- Les necessitats psicològiques no resoltes o frustrades seran les que empenyen al suïcidi.
- L'emoció que envolta qualsevol suïcidi és la desesperança, sobretot el pensar que no hi haurà recuperació en un futur.
- L'estat cognitiu en el suïcidi és l'ambivalència, les persones suïcides volen morir al mateix temps que desitgen ser rescatades.
- L'acció comuna en el suïcidi és escapar. El que Shneidman anomena "la darrera sortida".
- L'acte interpersonal en el suïcidi és la comunicació de la intenció, moltes persones emeten missatges, senyals de queixes i peticions d'ajuda.
- El patró comú en el suïcidi és coherent amb els estils d'afrontament al llarg de la vida: el pensament dicotòmic i les conductes evitatives podrien servir d'indicis sobre com afrontarà les situacions de crisi en un futur.

En referència a altres factors de personalitat, Jiménez (2001) destaca que predominen conflictes intrafamiliars i una alta prevalència de trets de personalitat de tipus narcisista i límit. Per la seva part, Garcia (1998) defineix un perfil psicològic de

persona suïcida que incorporaria aspectes com la impulsivitat, el ser una persona reservada, tossuda i amb tendència a ser capritxosa. Destaca, a més, que una tercera part dels individus suïcides anuncia les intencions i assenyalava que els comentaris pessimistes vers el futur, la desesperança, l'expressió de sentir-se sol, i el sentiment d'incapacitat, inutilitat o d'incompetència s'han de considerar senyals d'alerta, els qual no es poden infravalorar.

Respecte als factors de risc podem destacar que molts d'ells són comuns i àmpliament citats en els diferents estudis com ara el fet de pertànyer al sexe masculí, tenir entre 50 i 60 anys, ser solter o separat, tenir un diagnòstic de trastorn depressiu i/o alcoholisme, i tenir una història prèvia d'intents de suïcidi a nivell particular i familiar. Malgrat això, en els diferents estudis també s'observen algunes diferències i peculiaritats en funció de la població objecte d'estudi que cal tenir en compte.

L'estudi de Brown, Beck, Steer i Grishman (2000) va avaluar els factors de risc en pacients psiquiàtrics no hospitalitzats i va detectar alts nivells d'ideació suïcida quan la depressió és recurrent i no un episodi simple en la vida de la persona. També destaca la desesperança i la desocupació. Per contra, alts nivells d'ansietat, trastorn de pànic o l'abús de substàncies no mostren una associació amb la conducta suïcida. En el mateix sentit, però en relació a persones amb trastorns depressius i afectius, Cavanagh et al. (2003) va destacar l'aïllament com el factor psicosocial més estretament vinculat al suïcidi, mentre que Cheng et al. (2000) en destaquen la inestabilitat emocional i els esdeveniments personals que comporten pèrdues (de salut, personals o materials).

En la revisió sistemàtica d'Isometsa (2001), com en l'estudi de Hawton et al. (1998), es destaquen principalment els trastorns de l'estat d'ànim, l'abús de substàncies i, concretament l'alta comorbilitat entre ambdós. De forma similar, Yoshimasu et al. (2008) duu a terme un meta-anàlisi amb l'objectiu d'estudiar les associacions entre factors de risc suïcida a través de les diferents cultures, basat en articles que utilitzaven l'AP amb un disseny de cas-control. En aquest estudi observa que els trastorns mentals (estat d'ànim i abús de substàncies), l'estat civil, la situació laboral i l'auto-lesió deliberada o temptativa de suïcidi mostren una forta associació amb la posterior conducta suïcida.

En l'estudi de Milner, Sveticic i De Leo (2013) es revisen estudis a nivell internacional per tal de detectar quina és la proporció de persones suïcides amb i sense trastorn mental. S'observa que entre el 5.5% i el 66.7% dels suïcidis presenten una aparent absència de trastorns de l'eix I del DSM-IV-TR. No obstant, hi ha diferències notables entre les diversos països i cultures, probablement degut a les diferències culturals en la definició, categorització i tractament del trastorn mental, però també a l'estigma present en determinades cultures a l'hora de reportar alguns trastorns mentals.

Finalment, l'estudi de Pompili et al. (2014) investiga el rol de la desocupació en individus morts per suïcidi a la regió italiana de Parma, i s'inclouen persones amb i sense trastorns psiquiàtrics. Els resultats mostren que el 41% dels casos de suïcidi es troben en situació de desocupació laboral i en edats més joves. L'estat civil és de no casats i tenen poc suport social i més problemes financers. En aquest sentit, les persones que han tingut problemes financers durant els darrers 12 mesos, i que estan en situació d'atur, mostren un risc 17 vegades superior de suïcidi. En una comparativa entre persones desocupades s'observa que aquelles persones que cometen suïcidi tenen gairebé 10 vegades més possibilitats de tenir un suport social empobrit, 16 vegades més possibilitats d'haver patit situacions vitals estressants l'últim any i 22 vegades més possibilitats de tenir un diagnòstic de trastorn límit de la personalitat.

Tal com s'observa a partir dels diferents estudis, existeixen uns patrons comuns que, a través de l'AP poden ser matisats o detallats amb més precisió donant lloc a característiques personals i particularitats locals que poden ajudar a millorar els programes de prevenció que es duen a terme als diferents països i/o regions.

En aquesta línia, els diferents estudis proposen mesures de tipus de preventiu centrades en aquells factors que són altament modificables. D'aquesta manera Brown et al. (2000) proposa centrar-se en la desesperança, que pot ser modificada mitjançant tractament psicològic i/o psiquiàtric, o la desocupació, que es pot millorar a través de l'acompanyament i els suport a les persones desocupades.

De forma similar, Cheng et al. (2000) proposen posar l'èmfasi de la prevenció en aquells perfils on hi ha pèrdues importants en individus emocionalment inestables,

amb trastorn depressiu major i/o dependència d'alcohol i drogues, i que hagin tingut un historial previ de suïcidi a nivell familiar.

Isometsa (2001) afegeix que, tenint en compte que entre una tercera i una quarta part de les persones que van cometre suïcidi havien comunicat les seves intencions en algun moment, caldria tenir presents aquests comunicats i no obviar-los, encara que el pacient hagi deixat de parlar-ne o de verbalitzar-los. A més, també indica que sabent que entre el 30% i el 90% de les persones que han comès suïcidi tenen trastorns depressius, caldria investigar i revisar els tractaments actuals per a la depressió, doncs s'observa que només una tercera part rebia tractament farmacològic adequat i, encara en menor quantitat, tractament psicològic.

Per últim, és important destacar que aproximadament la meitat de les persones havien estat en contacte amb organismes de salut varies vegades en l'últim mes, just abans de cometre suïcidi, pel que és important incidir en aquest punt per tal de detectar el potencial d'intervenció dels serveis assistencials.

### 1.2.5. Limitacions de l'Autòpsia Psicològica

L'AP ha estat considerada una eina útil per tal de conèixer i aprofundir en múltiples aspectes de les morts per suïcidi i se n'ha avalat la seva fiabilitat i validesa. No obstant, hi ha una sèrie de limitacions a considerar a l'hora de dur-la a terme, que podem agrupar en tres grans categories: les limitacions relatives a la metodologia, les limitacions pel que fa als informants i, les limitacions respecte als entrevistadors.

En relació a la metodologia, la principal limitació és la falta d'homogeneïtat entre els estudis (Knoll, 2008). La majoria no utilitzen cap tècnica estandarditzada i, d'altres, n'utilitzen de diferents, fet que dificulta la comparació entre els diferents estudis (Cheng et al., 2000). Aquest fet es veu agreujat a més per la manca d'una nomenclatura universal estandarditzada i acceptada de tots els conceptes relacionats amb el suïcidi (Knoll, 2008). Una segona limitació és inherent al tipus de disseny, ja que tot estudi retrospectiu presenta, de per sí, una sèrie de biaixos metodològics. En aquest cas, se suma la impossibilitat de poder fer l'entrevista amb el decés, fet que limita la fiabilitat de l'instrument (González et al., 2010). També és important esmentar l'efecte conegut en anglès com *search after meaning*, a través del qual els informants, de forma retrospectiva, poden identificar un nombre de factors causals que podrien explicar el suïcidi evocats a partir de les pròpies preguntes de l'AP (Cavanagh et al., 2003).

Respecte als informants, algunes de les limitacions a destacar estan relacionades amb les característiques pròpies dels entrevistats i amb la situació emocional que acompanya el procés de dol. En aquest sentit, les respostes poden venir influïdes per la seva actitud vers el suïcidi, el seu estat emocional en el moment de l'entrevista, la influència de motius religiosos i, la possibilitat de voler protegir la reputació del difunt (Werlang i Botega, 2003; Knoll, 2008). A més, Cheng et al. (2000) consideren que els records dels informants poden ser alterats o imprecisos, bàsicament per dos motius: el desconeixement d'alguns aspectes del decés com pot ser el consum de drogues, o l'exageració de successos concrets degut a l'impacte que genera el propi suïcidi. En el mateix sentit, Hawton (1998) puntualitza que la falta de memòria dels informants pot donar-se tant en aspectes negatius com en aspectes

positius i que pot respondre a un intent deliberat d'amagar informació. Per últim, cal destacar que els possibles informants no sempre estan disposats a ser entrevistats, degut a la situació emocional en què es troben, ja que això pot representar un biaix en el sentit que les morts més traumàtiques poden quedar excloses de les APs.

Finalment, en relació als entrevistadors trobem que les principals limitacions dependran del grau de formació i competències, de les habilitats per manejar una entrevista amb una alta càrrega emocional i de la seva experiència en el terreny. També cal destacar que pot aparèixer una actitud en l'entrevistador que pot influir en la resposta de l'entrevistat i que, sovint, pot haver-hi la voluntat de voler trobar algun tipus de psicopatologia en el decés (Knoll, 2009).

Per tal de superar algunes d'aquestes limitacions i minimitzar el risc de biaix en l'AP alguns autors proposen una sèrie de mesures que caldria considerar. A nivell metodològic es proposa un disseny de cas-control en què els casos consecutius de suïcidi es puguin comparar amb una mostra provinent de la mateixa població, sobretot en casos de trastorn mental. Una altra proposta és la incorporació de tercers informants diferents dels familiars més propers, així com la inclusió de l'anàlisi d'altres tipus de registres: mèdics, psicològics, cartes o missatges, entre d'altres, o la incorporació d'un segon entrevistador per tal de contrastar la informació obtinguda (Werlang i Botega, 2003). Altres propostes han estat entrevistar la mateixa persona en dos períodes diferents, per dos entrevistadors diferents o mitjançant diferents mètodes d'avaluació, malgrat que aquestes opcions no sempre són viables pel cost que suposen tant econòmic com personal, i pel desgast que pot suposar per a la persona entrevistada.

## 2. Hipòtesi i objectius

---

La present tesi se centra en l'estudi de la mortalitat per suïcidi a la comarca d'Osona durant el període del 2013 al 2015, utilitzant la metodologia de l'Autòpsia Psicològica. Es planteja la següent hipòtesi:

- L'Autòpsia Psicològica és un instrument que permet identificar els factors de risc i protectors de la conducta suïcida, alhora que permet establir un perfil de risc de les persones que el cometen. A més, aprofundeix en els factors precipitants, motivacionals, de letalitat i d'intencionalitat en els suïcidis consumats, així com també determina si la mort ha estat causada per suïcidi.

En base a la hipòtesi plantejada, es proposen els següents objectius:

- Exposar i analitzar les dades epidemiològiques i estadístiques referents a totes les morts per suïcidi ocorregudes a la comarca d'Osona en el període del 2013 al 2015.
- Realitzar l'Autòpsia Psicològica en una submostra de casos amb la finalitat de:
  - Determinar la causa de la mort (morts dubtoses).
  - Identificar els principals factors de risc i protectors de la conducta de suïcidi.
  - Caracteritzar el perfil d'alt risc a la comarca d'Osona per tal de poder desenvolupar sistemes de prevenció individualitzats.





## **3. Metodologia**

---

### **3.1. Disseny de l'estudi**

El disseny del present estudi és de caràcter observacional, transversal i descriptiu. S'hi proposen la descripció i l'anàlisi d'individus morts per suïcidi, mitjançant el mètode d'Autòpsia Psicològica, a la comarca d'Osona durant el període de 2013 a 2015.

## 3.2. Mostra

Les dades per a l'estudi s'han obtingut a partir del registre oficial de morts per suïcidi a la comarca d'Osona, facilitat pel Consorci Hospitalari de Vic, el qual disposa d'un conveni marc de col·laboració amb el Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, i en concret amb l'Institut de Medicina Legal, el qual facilita les dades per a estudis estadístics (Jiménez et al., 2012).

La mostra de l'estudi està formada, en primer lloc, per les dades corresponents a les morts per suïcidi succeïdes a la comarca d'Osona en el període de 2013 a 2015. Per a la segona fase de l'estudi, la mostra consta d'un total de 14 persones entre familiars directes i persones properes que van accedir a realitzar l'AP.

Les persones entrevistades van ser familiars directes de primer grau en un 92.8% (n=13) i, només en un cas (7.2%), es va entrevistar una persona propera a la víctima. Entre els familiars dels difunts van participar en l'entrevista 3 persones en qualitat de fill/a, 4 persones en qualitat de cònjuge, 2 persones en qualitat de mare/pare, i 4 persones en qualitat de germà/germana. La persona propera es tractava d'un amic íntim de la persona difunta.

Els criteris d'inclusió establerts per a l'AP van ser: a) ser familiar de primer grau o una persona propera a la víctima, b) ser major d'edat, i c) no patir cap discapacitat intel·lectual.

La participació a l'estudi va ser voluntària, amb prèvia signatura del consentiment informat (Annex 2). Es va garantir la confidencialitat de les dades segons la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de dades de caràcter personal (BOE nº298 del 14 de desembre de 1999).

### 3.3. Variables i mètodes

El mètode utilitzat per a realitzar l'AP és la *Semi Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA)* de Werlang i Botega (2003), traduïda i retraduïda a la llengua espanyola per García-Caballero et al. (2010). La SSIPA és considerada com un dels mètodes d'AP més estructurats i sistematitzats que trobem en la literatura, a la vegada que gaudeix d'una elevada fiabilitat entre examinadors (Annex 3).

L'instrument disposa d'un guió per a la seva aplicació, el qual facilita la conducció de l'entrevista i evita que es pugui oblidar informació rellevant. Consta de 69 ítems estructurats en 4 mòduls. El mòdul 1, que recull els factors precipitants i estressants; el mòdul 2 que aporta els factors motivacionals; el mòdul 3 que reuneix els factors de letalitat i, el mòdul 4, que aporta els factors d'intencionalitat. També recull dades psico-biogràfiques de l'entrevistat i de la persona difunta, així com un genograma familiar.

L'entrevista s'estructura de la següent manera:

- **Mòdul 1: factors precipitants i estressants.** A partir d'una pregunta inicial oberta, la segueixen preguntes que clarifiquen i exemplifiquen la pregunta principal. El mòdul va seguit d'altres categories relacionades amb factors precipitants immediats dels quals la resposta, és en format dicotòmic. Alguns exemples d'aquest mòdul són:
  - Segons la seva opinió, va succeir alguna qüestió concreta que es pugui relacionar amb el fet?
  - Quina va ser la reacció del difunt/a davant d'aquest esdeveniment?
- **Mòdul 2: factors motivacionals.** Posteriorment a la qüestió general, el segueixen trenta-dos ítems amb alternatives dicotòmiques organitzats en quatre seccions: a) problemes psicosocials, ambientals o esdeveniments vitals no immediats, b) símptomes de mal funcionament, c) trets de personalitat, d)

fets associats a la història familiar. D'aquest mòdul es poden destacar preguntes com:

- Tenia dificultats amb la gent de l'entorn?
- Solia queixar-se d'alguna cosa a nivell físic?
- Se solia deprimir amb facilitat?

- **Mòdul 3: Letalitat.** Després de la pregunta introductòria com en tots els mòduls, segueixen cinc ítems dels quals tres són de resposta múltiple i dos tracten d'especificar el mètode de la mort. Ho exemplifiquen preguntes com:

- El mètode utilitzat es trobava al seu abast?
- Era fàcil aconseguir el mètode utilitzat? (referint-se a armes, medicaments).

- **Mòdul 4: Intencionalitat.** S'inicia amb la pregunta oberta i segueix amb altres dues preguntes tancades novament amb alternatives dicotòmiques que es poden agrupar en dos blocs temàtics: a) desig de morir i b) planificació de l'acció. Destaquem com exemples:

- La persona afirmava que donades les circumstàncies, morir era la única opció?
- Va deixar preparada alguna indicació en cas que li succeís alguna cosa?
- Va realitzar alguna visita a familiars o amics que no veia des de feia molt temps?
- Havia fet testament recentment?

Finalment, l'instrument disposa d'un Formulari de Presa de Decisió (FTD) que permet avaluar la informació obtinguda en cada mòdul a través d'un algoritme, amb la finalitat de dictaminar si la mort ha estat certament, causada per suïcidi, o si s'obre la possibilitat de contemplar alguna altra causa.

### 3.4. Procediment

El procediment portat a terme per a poder accedir a la mostra entrevistada és el següent:

Trimestralment es rep, de part del servei de psiquiatria del Consorci Hospitalari de Vic, la informació referent a les morts per suïcidi ocorregudes a la comarca d'Osona. Aquesta informació ofereix 5 grans grups de dades:

1. Les dades personals, on consten les inicials del nom, l'edat, el sexe, el número d'història clínica de l'hospital de referència, la població de residència, el país d'origen, l'estat civil i la constitució corporal.
2. La informació referent al suïcidi amb data, hora, dia, mètode utilitzat, lloc dels fets, població on va succeir i nom del metge forense que va atendre el cas.
3. Les dades referents a l'existència o no d'antecedents psiquiàtrics, les temptatives i els respectius mètodes emprats.
4. El tipus de control dut a terme per part del servei de salut mental, i el registre d'altres tipus de serveis mèdics utilitzats durant els darrers sis mesos a l'hospital de referència.
5. Un apartat d'informació relativa a dades administratives del servei mèdic i comentaris concrets sobre el cas.

Seguidament i a partir de la població de residència dels difunts, s'entra en contacte amb l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) a la qual pertanyia la persona, dirigint-se a la direcció mèdica a fi de presentar el projecte d'investigació que es duu a terme, el disseny de l'estudi, els objectius, l'instrument a utilitzar, el corresponent consentiment informat i l'autorització del projecte de recerca per part del comitè ètic de l'hospital.

A partir de la recepció de les dades per part del CHV s'informa al professional de l'ABS del coneixement d'una mort per suïcidi a la seva zona d'actuació, i es demana la voluntat de participar en el projecte d'investigació.

Si es rep l'acceptació per part del professional en participar, s'hi entra en contacte, se li expliquen els objectius i el grau de col·laboració requerit en l'estudi i se

li ofereix la possibilitat de concertar una entrevista personal explicativa de l'estudi d'investigació. Específicament se li demana al professional si pot seleccionar algun membre de la família de primer grau o persona propera al decés, exposar-li la investigació que s'estava duent terme, i demanar la seva col·laboració per tal de realitzar una entrevista individual amb l'investigador.

En els casos en què el professional de l'ABS rep una resposta afirmativa per part del familiar o persona propera, l'investigador hi entra en contacte per via telefònica i li dona informació sobre l'objectiu, el tipus d'entrevista, la duració, el lloc, i li resol els diferents dubtes que pugui tenir. Finalment, es concerta l'entrevista acomodant-se al màxim a la disponibilitat de l'entrevistat.

El dia de l'entrevista es procedeix de la següent manera: presentació, explicació del projecte, aclariment de possibles dubtes, formalització de la signatura de consentiment informat i, posteriorment es dona un temps d'acomodació com a fase pre-entrevista. L'entrevista té una duració d'entre 1 hora i mitja i 2 hores i mitja i es duu a terme seguint la versió espanyola de la metodologia SSIPA (García-Caballero et al., 2010). En acabar, i a mode de tancament, es demana si hi ha algun tema que l'entrevistat desitgi expressar i també com s'ha sentit al parlar del difunt i de tot el que envolta l'occit. Finalment, s'acomia l'entrevistat, oferint la possibilitat de contactar de nou si es creu oportú.

En tots els casos, el contacte i l'entrevista es produeixen entre el tercer i sisè mes posteriors al suïcidi, seguint les recomanacions publicades al respecte en els diferents estudis previs (Knoll, 2009; Isometsa, 2001). Aquest període de temps té el propòsit d'evitar els moments inicials de commoció, però no deixa passar massa temps per tal de preservar la claredat del record. Totes les entrevistes es van dur a terme per un psicòleg clínic amb experiència en el maneig de situacions de dol i entrenat en el mètode de l'AP. Per tal de preservar la intimitat i la privacitat dels entrevistats es va decidir no registrar de forma auditiva o visual l'entrevista.

### 3.5. Consideracions ètiques

En el desenvolupament del present estudi es tenen en compte totes les consideracions ètiques necessàries.

En primer lloc, per al disseny i realització del present estudi es van seguir les directrius de la Declaració de Helsinki de l'Associació Mèdica Mundial de l'any 2013, en la qual es recullen els principis ètics per a la investigació amb éssers humans.

En segon lloc, per a poder implementar l'estudi es va passar el Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitària (FORES) amb el codi CEIC 2009838, aprovat en data 18 de juny de 2013 (Annex 1).

En tercer lloc, la mostra de participants als quals es va realitzar van signar en la seva totalitat el consentiment informat (Annex 2).

Finalment, per tal de garantir la confidencialitat de les dades es van seguir les directrius que estableix la Llei Orgànica de Protecció de Dades de Caràcter Personal 15/1999 del 13 de desembre (BOE núm. 298, de 14 de desembre de 1999).

## 3.6. Anàlisi de dades

### **Anàlisi descriptiu**

Es realitza un anàlisi descriptiu per totes les dades recollides en els qüestionaris de recollida de dades. Per a les variables quantitatives contínues es presenten els descriptius de tendència central i dispersió: mitjana, desviació estàndard i valors mínim i màxim. Per a les variables categòriques es presenten les freqüències i els percentatges.

### **Anàlisi bivariant**

Quan sigui d'interès per respondre els objectius de l'estudi, s'avaluarà la relació entre variables:

- Per dues variables categòriques es presentaran taules de contingència amb la freqüència en cada categoria i el percentatge per columnes. Per avaluar la possible associació es realitzaran proves de Chi quadrat o test exacte de Fisher i es presentarà el p-valor resultant.

Els anàlisis es realitzen en base a les dades disponibles, sense emprar tècniques de substitució de valors absents, i descrivint el nombre de dades que falten en cada anàlisi. En totes les proves estadístiques realitzades s'utilitzarà un nivell de significació del 5% ( $\alpha = 0.05$ ). Per al tractament estadístic de les dades s'utilitzarà el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS; versió 23.0 Inc. Chicago, Illinois).



## **4. Resultats**

---

### **4.1. Resultats principals**

Els principals resultats de la present tesi s'exposen en el següent article:

- Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método Autopsia Psicológica durante el periodo 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España).



## **Título**

Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método Autopsia Psicológica durante el periodo 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España).

## **Título en inglés**

Descriptive analysis of suicide deaths and application of the Psychological Autopsy method during the period 2013-2015 in the region of Osona (Barcelona, Spain).

## **Autores**

- 1. Jordi Naudó Molist**, DEA en Psiquiatría y Psicología Médica<sup>ab</sup>
- 2. Francesc X. Arrufat Nebot**, Doctor en Psiquiatría y Psicobiología Clínica<sup>c</sup>
- 3. Isabel Sala Matavera**, Doctora en Psicología Clínica y de la Salud<sup>ad</sup>
- 4. Raimón Milà Villaroel**, Doctor en Epidemiología y Salud Pública<sup>b</sup>
- 5. Laia Briones Buixassa**, Doctora en Salud, Bienestar y Calidad de Vida<sup>ab</sup>
- 6. Jordi Jiménez Nuño**, Médico Forense<sup>e</sup>

## **Afiliación:**

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Salud Mental e Innovación Social (SaMIS), Centre d'Estudis Sanitaris i Socials (CESS), Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya; Vic, Cataluña, España

<sup>b</sup> Departamento de Salud, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya; Vic, Cataluña, España

<sup>c</sup> Departamento de Salud Mental, Hospital Universitari Institut Pere Mata; Reus, Cataluña, España

<sup>d</sup> Departamento de Neurología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Barcelona, Cataluña, España

<sup>e</sup> Clínica Médico Forense de Vic, Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya; Vic, Cataluña, España.

**Autor de correspondencia:****Nombre:**

Jordi Naudó Molist

**Correo electrónico:**

Jordi.naudo@uvic.cat

**Dirección postal:**

Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya

C/ Sagrada Família, 7

Vic (08500)

Cataluña, España

**Teléfono:**

93 8816025

**Número de palabras: 3.342**

**Número de figuras: 0**

**Número de tablas: 3**

**Conflicto de intereses:**

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses respecto a la investigación, la autoría y/o la publicación de este artículo.

**Fuentes de financiación:**

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación económica para la realización de este estudio

**Agradecimientos:**

Los autores quieren agradecer a todas las personas que han participado en este estudio.

**Resumen:**

**Introducción:** El objetivo del presente estudio es describir el perfil de las muertes por suicidio en la comarca de Osona (Barcelona) durante el período 2013-2015 y analizar la aplicación de la técnica Autopsia Psicológica (AP).

**Material y métodos:** El diseño es retrospectivo a partir del registro de suicidios (n=31). La muestra de la AP (n=14) estuvo formada por familiares y personas adultas próximas al fallecido, reclutadas a través del registro del Consorci Hospitalari de Vic. Se utilizó el método de la AP mediante la “Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA)”, una entrevista semi-estructurada adaptada y validada al español (García-Caballero et al., 2010).

**Resultados:** El perfil mayoritario de las muertes por suicidio corresponde a varones, casados, sin antecedentes psiquiátricos que utilizaron métodos como el ahorcamiento o el arrollamiento por tren. En la sub-muestra en que se realizó la AP se observa que los factores precipitantes o motivadores están relacionados con problemas a nivel social, familiar y de salud. La prevalencia de psicopatologías diagnosticadas no fue mayoritaria pero se detectaron rasgos de personalidad vulnerables. En muchos casos hubo preparativos y verbalizaciones previas respecto a sus intenciones, por lo que se deduce que la decisión fue tomada de forma premeditada y no impulsiva.

**Conclusiones:** La AP representa una herramienta eficaz para la obtención de datos relativos al suicidio que pueden ser relevantes y útiles en el diseño y la implementación de programas de prevención, ayudando a detectar la idiosincrasia particular de cada región y permitiendo una mayor adaptación e individualización de dichos programas.

**Palabras clave:**

Suicidio; Autopsia Psicológica; Riesgo de Suicidio; Prevención del Suicidio; Autopsia Forense

**Abstract:**

**Introduction:** The aim of the present study is to describe the pattern of suicide deaths in the region of Osona (Barcelona) during the period 2013-2015, and to analyse the use of the Psychological Autopsy (PA) method.

**Materials and methods:** It is a retrospective design through the suicide deaths register (n=31). The PA sample (n=14) was composed by adult relatives and close friends. It was recruited from the Consorci Hospitalari de Vic. The PA method was used through the "Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA)", adapted and validated to the Spanish language (García-Caballero et al., 2010).

**Results:** The main profile was composed by men, married, without psychiatric history that used methods like hanging or running over by the train. In the subsample where the PA was carried out it was observed that the main precipitating or motivating factors were those related to social, family and health problems. The prevalence of diagnosed psychopathologies was not a majority profile but vulnerable personality traits were found. Most of the cases showed previous preparations and verbalizations regarding their intention so we can conclude that the decision was not impulsive but deliberate.

**Conclusions:** The PA method is an efficient tool to describe and obtain data about suicide that may be relevant and useful in the design and implementation of prevention programs. Moreover, it may help to perceive the individual characteristics of each region promoting a better adjustment and individualisation of these programs.

**Key words:**

Suicide; Psychological Autopsy; Suicide Prevention; Suicide Risk; Forensic Autopsy

## Introducción

El suicidio, entendido como la acción voluntaria de quitarse la vida, es la segunda causa de muerte violenta entre personas de 15 a 29 años a nivel mundial y la quinta entre personas de 30 a 49 años, representando un problema de salud pública de primera magnitud, pues supera el número de muertes producidas por homicidios y muertes en conflictos bélicos y de accidentes de tráfico al año <sup>(1)</sup>. Según los datos presentados por la Organización Mundial de la Salud <sup>(2)</sup> la tasa de muertes por suicidio a nivel mundial asciende a 11.4 por cada 100,000 habitantes (15 hombres / 8 mujeres). En Europa la tasa es ligeramente superior situándose en 11.6 por cada 100,000 habitantes, probablemente por su registro más minucioso <sup>(3)</sup>. España está en la posición número treinta de los treinta y seis países europeos estudiados siendo una de las zonas geográficas de Europa con menor índice de suicidios con una tasa del 8.41 <sup>(4)</sup>. Finalmente, en Cataluña la prevalencia se encuentra en un 7.06 produciéndose el 13.6% del total de suicidios en España <sup>(5)</sup> y, específicamente en Osona, la región en donde se desarrolla el presente estudio se observa una tasa del 9.5 <sup>(6)</sup>.

El fenómeno del suicidio y su elevada frecuencia a nivel mundial, ha propiciado que muchos países abordaran tal situación a dos niveles; por un lado, instaurando políticas sanitarias de prevención y reducción de la tasa de suicidios y, por el otro, focalizando en la sensibilización hacia la no estigmatización del problema mediante campañas informativas y de promoción de la salud mental. La detección y descripción de los factores de riesgo, los factores precipitantes, así como los factores de protección, configuran un objetivo de primer orden en la prevención del suicidio a nivel global <sup>(2)</sup>. El interés por el estudio y el conocimiento en profundidad de las causas que rodean un suicidio ha propiciado el diseño de diferentes herramientas de investigación siendo una de ellas, la Autopsia Psicológica (AP).

El concepto de AP fue acuñado por Edwin Schneidman, psicólogo estadounidense y co-fundador de la American Association of Suicidology <sup>(7)</sup>. Se trata de una herramienta de investigación post-mortem cuyo objetivo permite analizar de forma retrospectiva el perfil de la muerte por suicidio. Consiste en reunir, describir y analizar toda la información acerca de los acontecimientos que rodean un suicidio: certificados y exámenes médicos, informes forenses, historia clínica, documentos personales, cartas, notas y en particular, la información facilitada mediante entrevista a familiares y allegados <sup>(8)</sup>. En un inicio su función principal fue la de aportar luz y contribuir a esclarecer lo que conocemos con el nombre de muertes dudosas, para poder aplicar el código NASH (Natural, Accidental, Suicidio, Homicidio) en la certificación de muerte <sup>(9)</sup>. Esta función fue evolucionando conforme se utilizaba y se perfeccionaba la

técnica, y empezó a arrojar luz sobre otro tipo de variables como factores precipitantes y estresantes así como del estado de salud mental del paciente en el período previo al suicidio. Más recientemente se ha observado su función terapéutica en el proceso de duelo de los familiares y allegados, hecho importante pues según la OMS <sup>(10)</sup> cada suicidio afecta de manera directa a unas 6 personas cercanas al difunto.

Existen diferentes metodologías de aplicación de la AP <sup>(11-15)</sup>. Algunos de los instrumentos más utilizados son el Modelo de Autopsia Psicológica Integrado, MAPI-I para suicidios y MAPI-II para homicidios <sup>(16)</sup> y la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA) <sup>(17)</sup> adaptada y validada al español por García-Caballero et al. <sup>(8)</sup>.

En España, el uso de la AP para el análisis de las muertes por suicidio es limitado y existen pocos estudios al respecto <sup>(8, 18)</sup>, a pesar de haber mostrado utilidad a nivel informativo, preventivo y de tratamiento. Además, hasta dónde sabemos, en Cataluña no existe ningún estudio publicado sobre AP. Por este motivo el presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar las muertes por suicidio en la comarca de Osona (Barcelona) durante el periodo 2013-2015, mediante la aplicación de la técnica Autopsia Psicológica.



## **Materiales y métodos**

### *Diseño del estudio*

El presente trabajo es un estudio observacional transversal mediante el cual se realizó un registro de todas las muertes por suicidio ocurridas en la comarca de Osona durante el periodo 2013-2015 mediante los datos estadísticos provenientes del registro oficial y el uso de la técnica de AP.

Los registros se obtuvieron del Consorci Hospitalari de Vic, quien dispone de un convenio marco de colaboración con el Departamento de Justicia y en concreto con el Instituto de Medicina Legal <sup>(19)</sup>.

### *Muestra*

El número total de casos registrados fue de 31 muertes por suicidio, de los cuales se obtuvieron los datos sociodemográficos y estadísticos básicos relativos a la defunción. Del total de casos, en 14 se realizó la AP tras obtener el consentimiento de algún familiar para llevarla a cabo.

Los criterios de inclusión establecidos para la AP fueron: a) ser familiar de primer grado o allegado del fallecido, b) ser mayor de edad y c) no padecer ninguna discapacidad intelectual.

La participación en el estudio fue voluntaria, previa firma del consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad de los datos según la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de carácter personal.

### *Método*

El instrumento utilizado para realizar la AP fue la *Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy* (SSIPA) <sup>(17)</sup>, traducida y validada al español <sup>(8)</sup>.

La SSIPA recoge los datos siguientes. En primer lugar, los datos sociodemográficos de las circunstancias de la muerte y del entrevistado. En segundo lugar, los datos relativos al tipo de relación entre familiar y difunto y un genograma familiar. Finalmente, información relevante relacionada con la defunción estructurada en cuatro módulos principales. En el primero se evalúan los factores precipitantes y estresores que hayan podido intervenir en el suicidio. En el segundo se evalúa la motivación del paciente para morir, a partir de los problemas psicosociales, ambientales o acontecimientos de la vida recientes; los síntomas de mal funcionamiento; las características o rasgos de personalidad, y los hechos asociados con la vida

familiar. El tercero evalúa la letalidad, el método utilizado y su probabilidad de muerte. Por último, el cuarto hace referencia a la intencionalidad y la planificación.

La AP finaliza con un algoritmo de decisión para cada uno de los módulos más uno de tipo global donde, teniendo en cuenta las respuestas registradas durante la entrevista, se concluye si la información obtenida es sugerente de suicidio o por el contrario, es altamente sospechosa de muerte no intencionada.

#### *Procedimiento*

En primer lugar, desde el hospital de referencia nos fueron facilitados los datos relativos al total de muertes por suicidio. Posteriormente se contactó con el médico de atención primaria para informarle del proyecto y establecer contacto con los familiares del difunto. Después de establecer un primer contacto telefónico con los familiares y pedir su participación voluntaria se estableció día, hora y lugar para realizar la entrevista. En todos los casos, el contacto y la entrevista se produjo entre el tercer y sexto mes posterior al suicidio, con el propósito de evitar los momentos iniciales de conmoción pero sin dejar pasar demasiado tiempo para preservar la claridad del recuerdo. Todas las entrevistas se llevaron a cabo por un psicólogo clínico con experiencia en el manejo de situaciones de duelo y entrenado en el método de la AP.

#### *Análisis estadístico de los datos*

Los análisis de los datos se realizaron mediante el Statistical Package for Social Sciences (SPSS; versión 23.0; Inc., Chicago, Illinois). Para presentar los datos descriptivos se utilizaron medias y desviaciones estándar para las variables continuas, mientras que para las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

## Resultados

### *Datos sociodemográficos y descriptivos del total de muertes por suicidio.*

Los datos relativos al total de muertes por suicidio (n=31) se pueden ver en la tabla 1. Se observa estabilidad en cuanto al número de casos, que oscilan alrededor de los 10 casos/año, con mayor prevalencia en hombres (77.4%). Respecto al estado civil, la mayor incidencia se encuentra entre las personas casadas (41.9%) y la menor entre las personas separadas (9.7%) y divorciadas (0%). La metodología más común es el ahorcamiento (35.5%), seguido de la precipitación (16.1%), el atropello por tren (16.1%) y la intoxicación farmacológica (12.9%).

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos hay que destacar que un 48.4% de los sujetos no presentaban ningún tipo de antecedente conocido, mientras que el trastorno más comúnmente asociado al suicidio fue el Trastorno Depresivo Mayor (TDM; 35.5%), seguido del enoismo (16.1%). Otros trastornos como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o los trastornos de ansiedad mostraron una prevalencia menor (3.2%; en ambos casos). En el 45.2% de los casos había habido algún intento de suicidio previo y, en el mismo porcentaje (45.2%) se realizaba algún tipo de control o seguimiento por parte de los servicios de Salud Mental públicos. El 54.8% restante no realizaba ningún tipo de seguimiento en los servicios de Salud Mental del Consorci Hospitalari de Vic aunque se desconoce si había algún tipo de seguimiento a nivel privado.

### *Datos relativos a la submuestra en los que se realizó la AP*

Los datos relativos a la submuestra (n=14) en que se realizó la AP se presentan ordenados en función de los 4 módulos que explora la AP y con un apartado final destinado a los algoritmos de decisión. Un 92.9% de las APs se realizaron a familiares directos y un 7.1% a personas allegadas muy vinculadas a la víctima.

#### *a) Factores precipitantes y estresores*

El 92.9% de los sujetos que cometieron suicidio fueron hombres con un nivel educativo principalmente de estudios básicos (71.4%), originarios de Cataluña y/o España (92.9%).

Respecto a los factores que pudieron precipitar la decisión de suicidarse (tabla 2) están el diagnóstico de una patología irreversible (28.6%), discordia familiar o de pareja (21.4%), aislamiento social (21.4%) y la presencia de alguna psicopatología (21.4%). Algunos ejemplos reportados por los familiares son la muerte de una mascota, un diagnóstico de cáncer de vejiga o una ruptura sentimental. Mientras que como factores estresores inmediatamente anteriores

al acto, encontramos principalmente factores personales (71.4%) y familiares (57.1%), como puede ser un problema de disfunción sexual o una infidelidad. En ambas categorías observamos que los factores económicos no son percibidos como precipitantes o estresores (7.1%), aunque eso no significa que no los hubiera.

Finalmente, destacar que el 50% de los entrevistados no refirieron ningún tipo de modificación en los hábitos de comportamiento del sujeto ni ningún cambio relevante en el período previo al suicidio, mientras que la otra mitad refirió que el sujeto estaba más cerrado o retraído, inquieto o intranquilo y enfadado o irritado.

#### *b) Factores motivadores*

Los factores motivadores se dividen en 4 subcategorías: problemas, síntomas, rasgos de personalidad e historia familiar (tabla 3).

Prácticamente la totalidad de la muestra sugirió problemas con el grupo de soporte primario (92.9%), matizando que dicho soporte era nulo, débil o manipulativo, y que la relación existente era fría y distante, tensa o muy tensa. En consonancia, el 42.9% manifestó problemas con el ambiente social, destacando fragilidad en los vínculos y aislamiento. La mitad refirió problemas ocupacionales (50%) y económicos (42.9%), como múltiples multas o deudas con Hacienda. Si tenemos en cuenta que 7 de los sujetos estaban jubilados, esto significa que la totalidad de las personas ocupadas tenían algún problema o conflicto laboral.

En la categoría de síntomas destacan los de tipo afectivo (64.3%) con sentimientos de tristeza, desesperanza, auto-reproches y anhedonia, y a nivel de las funciones vegetativas (64.3%) con problemas de insomnio y pesadillas, o malestar digestivo.

Respecto a los rasgos de personalidad las personas encuestadas reportaron principalmente características de personalidad de preocupación o miedo (64.3%), celos o desconfianza (57.1%), quejas del estado de ánimo (50%), manipulación (50%) y aislamiento (42.9%).

Por último, los entrevistados refirieron antecedentes familiares de enfermedades físicas (50%) como cáncer o accidente cerebrovascular y de trastornos mentales (21.4%) como TDM o Alzheimer. La historia familiar de intentos de suicidio fue del 14.3%, mientras que las muertes por suicidio en familiares ascendieron al 35.7%.

#### *c) Factores de letalidad*

Los métodos más utilizados fueron el ahorcamiento (28.6%) y el arrollamiento por tren (28.6%), seguidos de la precipitación (14.3%), la sumersión (7.1%), el uso de arma de fuego

(7.1%), la intoxicación (7.1%) y el método combinado de intoxicación/sumersión (7.1%). El lugar para llevarlo a cabo fue predominantemente en zonas interiores como el propio domicilio (57.1%). En casi todos los casos los métodos fueron considerados fácilmente accesibles y provocadores de una muerte rápida.

#### *d) Factores de intencionalidad*

En referencia a la intencionalidad, destaca como significativo que en varios casos existe una intencionalidad previa (21.4%) y la verbalización (35.7%) del deseo de muerte durante el último año. Los familiares comentaron que el difunto había acumulado medicación, comprado una cuerda, había dejado el piso limpio y la nevera vacía, o verbalizaba a menudo que era “una molestia” y que “lo mejor sería morirse”. También es importante destacar la verbalización de muerte como única opción (14.3%), la verbalización de muerte con efecto manipulativo (7.1%), la verbalización de premoniciones o sueños relacionados con el suicidio (7.1%) y la ocurrencia de múltiples accidentes o situaciones peligrosas relacionadas con la muerte (14.3%), como por ejemplo múltiples accidentes de coche en poco tiempo.

En cuanto a la planificación de la muerte se observa que la mitad de los sujetos hicieron preparativos previos como la adquisición de un arma, una cuerda o veneno (14.3%) o la visita a algún familiar o amigo que hacía tiempo que no visitaban (21.4%). El 28.6% dejó indicaciones concretas en caso de muerte a sus familiares y/o allegados, cartas de despedida (28.6%), testamento de forma reciente (21.4%) y regalo o reparto de pertinencias (14.3%). En el 71.4% de los casos los sujetos tuvieron la oportunidad de avisar o pedir ayuda pero no lo hicieron y en el 42.9% de los casos se tomaron medidas específicas para no ser interrumpidos o socorridos, como dejar el móvil en casa o desconectarlo.

#### *Algoritmos de decisión*

Finalmente, a partir de las 4 categorías de la AP se desarrollaron diferentes algoritmos de decisión para poder concluir si la muerte fue, efectivamente, motivada por suicidio o se podría abrir la posibilidad de contemplar otras posibles causas. En el presente estudio, en un 92.8% de los casos se concluyó que la causa era “altamente sospechosa de suicidio” y, solo en un 7.1% se concluyó que la causa era “bastante sugerente de suicidio”.

## Discusión

El presente estudio muestra los datos relativos al total de muertes por suicidio (n=31) en la comarca de Osona en el período 2013-2015, así como los datos relativos a las APs realizadas a familiares y allegados en el 45.1% de los casos. El perfil mayoritario de las muertes por suicidio se corresponde a varones, casados, sin antecedentes psiquiátricos conocidos y que utilizaron métodos rápidos y de elevada letalidad como el ahorcamiento o el arrollamiento por tren. Considerando la submuestra en la que se realizó la AP observamos además que, en general, los factores precipitantes o motivadores están relacionados con problemas a nivel social, familiar y de salud. Aunque la prevalencia de psicopatologías diagnosticadas no fue mayoritaria sí que se detectaron rasgos de personalidad que denotan carencias a nivel relacional y afectivo. Por último destacar que en muchos casos hubo preparativos y verbalizaciones previas respecto a sus intenciones, por lo que se deduce que la decisión fue tomada de forma premeditada y no precipitada o impulsiva.

Comparando estos resultados con datos previos en Osona <sup>(19)</sup> (2006-2011) se observan datos similares en cuanto al mayor porcentaje de varones (80.72%), la mediana de edad (rango 51.3-60.25) y los principales métodos como el ahorcamiento y el arrollamiento por tren. Sin embargo, se observa un ligero descenso en el número de suicidios por año (rango 12-17 vs 10-11), y un incremento en el porcentaje de intentos de suicidio previos, pasando del 26.5% en el período 2006-2011 al 45.2% en el período 2013-2015 <sup>(19)</sup>. Esto puede ser debido a que en 2012 se implementó un programa de detección de intentos de suicidio en el cual se hacía un seguimiento de los pacientes atendidos por tentativas de suicidio y se instaba a las personas a consultar a urgencias ante cualquier tipo de ideación autolítica.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio de AP realizado en Cataluña, y uno de los pocos realizados en España <sup>(8, 18)</sup>. En nuestro estudio el proceso de AP aportó datos importantes respecto a las características de la muerte y los algoritmos de decisión nos ayudaron a determinar la muerte por suicidio.

En general, hay diferentes factores considerados de riesgo en la decisión de cometer suicidio. Según la Guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida <sup>(20)</sup> algunos de los más importantes son la presencia de trastornos mentales, intentos previos de suicidio, una enfermedad física y factores socio-familiares y ambientales como el apoyo social. Sin embargo, estos factores presentan variaciones importantes en función de las diferentes zonas geográficas y culturales. En España, el estudio de Antón-San-Martín et al. <sup>(18)</sup> realizado en la comarca de Antequera-Málaga identificó como factores de riesgo mayoritarios pertenecer al

sexo masculino, la franja de edad entre la adultez y la vejez, antecedentes familiares de suicidio y agregación de desórdenes mentales en la familia, un diagnóstico de trastornos de personalidad y conflictos familiares en el mes previo al suicidio. Por otro lado, el estudio de García-Caballero et al. <sup>(8)</sup> realizado en Ourense encontró que la mayoría de los suicidios fueron cometidos por mujeres (57.7%) en su mayoría solteras. Estos datos muestran que, aunque existen patrones reiterativos en la conducta suicida, es necesario identificar las particularidades locales de cada región para poder adaptar de una forma más adecuada los diferentes programas de prevención.

Por el contrario, si consideramos los factores protectores, podemos observar que uno de los más importantes es el apoyo social, principalmente por parte del grupo de soporte primario <sup>(21)</sup>. En el presente estudio observamos que en la mayoría de los casos éste se encontraba deteriorado, con un gran componente de aislamiento social y problemas de tipo afectivo. En general, el aislamiento social ha estado vinculado al suicidio en numerosos estudios <sup>(22-24)</sup> y está considerado además un importante factor de riesgo para el desarrollo de la depresión <sup>(25)</sup> una de las psicopatologías mayormente asociadas a la conducta suicida <sup>(26)</sup>. El aislamiento social produce un sesgo negativo en la cognición social, pudiendo afectar a nivel emocional, comportamental, interpersonal y, consecuentemente, en la toma de decisiones <sup>(27)</sup>. Por este motivo, una parte importante de los programas de prevención deberían ir enfocados a mejorar el apoyo social y a minimizar el aislamiento social, especialmente en aquellos colectivos más vulnerables a los trastornos afectivos.

El presente estudio se ha mostrado útil para el mayor entendimiento y profundización del fenómeno del suicidio en la comarca de Osona. Sin embargo, presenta también limitaciones importantes como el reducido tamaño muestral y los posibles sesgos derivados de la metodología utilizada. Aunque los familiares entrevistados representan casi el 50% de los casos sería recomendable tener una representación mayor para poder recoger la mayor cantidad de datos posible añadiendo un tercer informador. Además, la participación voluntaria en la AP puede representar un sesgo en sí mismo debido a que pueden dejar fuera los casos de muertes más traumáticas o violentas, como la muerte de un hijo, o incluso a aquellas personas más vulnerables o con dificultades emocionales para procesar el duelo. Por otro lado, hay que destacar también el sesgo propio de los estudios retrospectivos dado que se puede producir el efecto de buscar elementos en la memoria evocados por las propias preguntas de la AP.

A modo de conclusión, los resultados del presente estudio han mostrado que la AP representa una herramienta eficaz para la descripción y obtención de datos relativos al suicidio que

pueden ser relevantes y útiles en el diseño y la implementación de programas de prevención. Además, resulta útil para detectar las particularidades locales de cada región, permitiendo una mayor adaptación e individualización de dichos programas. Por último, la AP aporta información muy valiosa respecto al grado de malestar subjetivo y la sintomatología psiquiátrica y psicológica tanto del difunto como de los familiares, promoviendo un mayor entendimiento y ayudando a procesar el duelo.



## Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014.
2. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. World Health Organization, 2012.
3. [www.ec.europa.eu/eurostat](http://ec.europa.eu/eurostat) [página en internet]. Europa: Eurostat Statistics Explained [actualizada en 2017]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/>
4. [www.ine.es](http://www.ine.es) [página en internet]. España: Instituto Nacional de Estadística [actualizada en 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
5. Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Análisis de la mortalidad en Cataluña 2014. Barcelona, 2016.
6. Colls C, García-Altés A y Suelves JM. Evolució e la mortalitat per suïcidi a Catalunya en el període 2000-2013: quin impacte ha tingut la crisi econòmica? Generalitat de Catalunya, 2016.
7. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL y Leenaars AA. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Studies*. 2012; 36(7), 605-626.
8. García-Caballero A, Recimil MJ, Touriño R, García-Lado I, Alonso MC, Werlang BS et al. Adaptación y validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPA) en Español. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(6), 332-9.
9. Botello T, Noguchi T, Sathyavagiswaran L, Weinberger LE y Gross BH. Evolution of the Psychological Autopsy: Fifty Years of Experience at the Los Angeles County Chief Medical Examiner-Coroner's Office. *Journal of forensic sciences*. 2013; 58(4), 924-926.
10. World Health Organization. Investing in mental health. World Health Organization, 2003.
11. Carrasco JJ y Maza JM. Tratado de Psiquiatría Legal y Forense. 4ª ed. La Ley. 2010; 1599-629.
12. Poythress N, Otto RK, Darkes J y Starr L. APA's expert panel in the Congressional review of the USS Iowa incident. *American Psychologist*. 1993; 48(1), 8.
13. Torres, RI. Autopsia psicológica. Evaluación crítica y su aplicabilidad en el ámbito forense. *Anuario de psicología jurídica*. 2007; 111.
14. Annon JS. The psychological autopsy. *American Journal of Forensic Psychology*. 1995.
15. Young TJ. Procedures and problems in conducting a psychological autopsy. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. 1992; 36(1), 43-52.

16. García T. La Autopsia Psicológica como Método de Estudio de Muertes Violentas. Instructivo para La Autopsia Psicológica (Utilizando el MAPI). La Habana, 1999.
17. Werlang BG y Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003; 25(4), 212-219.
18. Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, Labajos-Manzanares MT, Diego-Otero Y D, Benítez-Parejo N et al. Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*. 2013; 29(3), 810-815.
19. Jiménez J, Arrufat F, Carrera R y Gay M. Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Revista Española de Medicina Legal*. 2012; 38(4), 131-136.
20. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.
21. Montesó-Curtó P, Ferré-Grau C, Lleixà-Fortuño M, Albacar-Riobóo N, Sánchez-Herrero A y Espuny-Vidal C. Dificultades de integración social en personas depresivas con pensamientos de suicidio. *Index de Enfermería*. 2011; 20(1-2), 51-55.
22. Bearman PS y Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *American journal of public health*. 2004; 94(1), 89-95.
23. Cattán M, White M, Bond J y Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and society*. 2005; 25(01), 41-67.
24. Trout D L. The role of social isolation in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1980; 10(1), 10-23.
25. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC y Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*. 2006; 21(1), 140.
26. Hawton K y Comabella CC, Haw C y Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2013; 147(1), 17-28.
27. Cacioppo JT y Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends in cognitive sciences*. 2009; 13(10), 447-454.

## Tablas

**Tabla 1. Datos Sociodemográficos y Descriptivos del Total de Muertes por Suicidio en Osona en el Período 2013-2015 (n=31)**

		2013		2014		2015		Total	
		n=10	%	n=11	%	n=10	%	n=31	%
<b>Sexo</b>	Home	7	70.0%	10	90.9%	7	70.0%	24	77.4%
	Dona	3	30.0%	1	9.1%	3	30.0%	7	22.6%
<b>Edad</b>	$\bar{X}$ (SD)	53.8	(17.4)	56.3	(19.5)	65.8	(16.1)	56.4	(18.4)
<b>Estado civil</b>	Soltero/a	3	30.0%	5	45.5%	3	30.0%	11	35.5%
	Casado/a	4	40.0%	3	27.3%	6	60.0%	13	41.2%
	Separado/a	1	10.0%	2	18.2%	0	0.0%	3	9.7%
	Divorciado/a	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	Viudo/a	2	20.0%	1	9.1%	1	10.0%	4	12.9%
<b>Tipos de suicidio</b>	Precipitación	2	20.0%	1	9.1%	2	20.0%	5	16.1%
	Intoxicación farmacológica	1	10.0%	2	18.2%	1	10.0%	4	12.9%
	Sumersión	1	10.0%	0	0.0%	1	10.0%	2	6.5%
	Atropello tren	1	10.0%	4	36.4%	0	0.0%	5	16.1%
	Ahorcamiento	4	40.0%	4	36.4%	3	30.0%	11	35.5%
	Arma de fuego	1	10.0%	0	0.0%	1	10.0%	2	6.5%
	Sección venosa	1	10.0%	0	0.0%	1	10.0%	2	6.5%
	Asfixia con bolsa de plástico	1	10.0%	0	0.0%	1	10.0%	2	6.5%
	<b>Antecedentes psiquiátricos conocidos</b>	Trastornos ansiedad	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
TDM	5	50.0%	3	27.3%	3	30.0%	11	35.5%	
Enolismo	2	20.0%	2	18.2%	1	10.0%	5	16.1%	
Trastorno bipolar	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.2%	
TLP	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	1	3.2%	
Trastorno adaptativo	0	0.0%	1	9.1%	0	0.0%	1	3.2%	
Sin antecedentes	1	10.0%	7	63.6%	7	70.0%	15	48.4%	
<b>Intentos previos de suicidio</b>	Sí	8	80.0%	3	27.3%	3	30.0%	14	45.2%
	No	2	20.0%	8	72.7%	7	70.0%	17	54.8%
<b>Control desde Salud Mental</b>	Sí	7	70.0%	3	27.3%	4	40.0%	14	45.2%
No	3	30.0%	8	72.7%	6	60.0%	17	54.8%	

Notas: n=tamaño muestral;  $\bar{X}$ =media; SD=desviación estándar; TDM=trastorno depresivo mayor; TLP=trastorno límite de la personalidad.

**Tabla 2. Factores Precipitantes y Estresores a partir de la Autopsia Psicológica (n=14)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Mujer	1	7.1%
	Varón	13	92.9%
<b>Edad</b>	$\bar{X}$ (SD)	54.8	(19.8)
<b>Nivel educativo</b>	Sin estudios	1	7.1%
	Estudios básicos	10	71.4%
	Estudios secundarios	3	21.4%
	Estudios superiores	0	0.0%
<b>Inmigrante</b>	Si	1	7.1%
	No	13	92.9%
<b>Causas precipitantes</b>	Económicas	1	7.1%
	Discordia familiar o de pareja	3	21.4%
	Aislamiento social/Soledad	3	21.4%
	Psicopatológicas	3	21.4%
	Diagnóstico de patología irreversible	4	28.6%
<b>Factores estresores negativos</b>	Personales	10	71.4%
	Familiares	8	57.1%
	Interpersonales	3	21.4%
	Ocupacionales	3	21.4%
	Económicos	1	7.1%
<b>Modificación comportamiento</b>	No hacer nada especial, vida normal	7	50.0%
	Más inquieto, intranquilo	2	14.3%
	Más cerrado, recluso, retraído	4	28.6%
	Más enfadado, irritado	1	7.1%

Notas: n=tamaño muestral;  $\bar{X}$ =media; SD=desviación estándar.

**Tabla 3. Factores Motivadores a partir de la Autopsia Psicológica (n=14)**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Problemas</b>		
con el grupo de soporte primario	13	92.9%
con el ambiente social	6	42.9%
ocupacionales	7	50.0%
de vivienda	2	14.3%
económicos	6	42.9%
de acceso a servicios de atención en salud	1	7.1%
relacionados con la justicia	5	35.7%
<b>Síntomas</b>		
de mal funcionamiento a nivel afectivo	9	64.3%
en las funciones perceptivas	6	42.9%
en las funciones cognitivas	6	42.9%
en las funciones somático-visceral	6	42.9%
en el sistema neurológico	5	35.7%
en las funciones vegetativas	9	64.3%
<b>Rasgos de personalidad</b>		
preocupados, miedosos	9	64.3%
agorafobia	2	14.3%
seductores, manipuladores	7	50.0%
quejas del estado de ánimo	7	50.0%
envidia, celos, desconfianza	8	57.1%
exceso de cura, malestar, dependencia	3	21.4%
agresividad, destrucción, mentiras	5	35.7%
distante, frío, aislamiento	6	42.9%
desorganización, prejuicio, delirio	3	21.4%
<b>Historia familiar</b>		
de enfermedades físicas	7	50.0%
de enfermedades psiquiátricas	3	21.4%
de tratamientos médico psicológicos	4	28.6%
de intentos de suicidio	2	14.3%
de suicidios	5	35.7%
de antecedentes socioculturales	1	7.1%
de antecedentes legales	1	7.1%

Notas: n=tamaño muestral



## 4.2. Resultats complementaris

Complementàriament als resultats principals, es considera interessant analitzar els diferents mòduls de l'AP en funció dels principals factors de risc detectats: l'edat, l'estat civil i els antecedents psiquiàtrics. En primer lloc, es divideix la mostra en funció dels criteris següents:

- Edat: <50 anys i >50 anys
- Estat civil: Solter/Separat i Casat/En parella
- Antecedents psiquiàtrics: Sense antecedents i Amb antecedents

Posteriorment s'analitzen totes les dimensions per als 4 mòduls de l'AP, realitzant una comparativa entre els grups establerts per a cada factor de risc.

En el primer mòdul, factors precipitants i estressants, s'observa que en les persones menors de 50 anys i en les persones solteres o separades es perceben els problemes econòmics com a potencials factors precipitants negatius immediats en la decisió de suïcidar-se, de manera significativament superior que en les persones majors de 50 anys i en les casades o en parella. No s'observen diferències significatives en els altres factors precipitants negatius o positius, ni en la modificació de comportament o reacció del decés entre els diferents grups (taules 5-8).

En el segon mòdul, factors motivacionals, es mostra que les persones menors de 50 anys i les persones solteres o separades tenen significativament més problemes econòmics, mentre que els majors de 50 anys tenen més símptomes de tipus perceptiu i, les persones casades o en parella tenen un major nombre d'antecedents familiars de malaltia física. Les persones amb antecedents psiquiàtrics presenten més símptomes de tipus neurològic que les persones sense antecedents. No s'observen diferències significatives ni en els trets de personalitat ni en la resta de problemes, símptomes o antecedents familiars entre els diferents grups (taules 9-12).

En el mòdul 3, factors de letalitat, no hi ha diferències significatives pel que fa al mètode utilitzat ni a les característiques del mètode entre els diferents grups (taules 13 i 14).

Finalment, en el mòdul 4, factors d'intencionalitat, s'observa que les persones casades o en parella deixen, en un nombre significativament superior de casos, indicacions concretes en cas de mort als seus amics o familiars en comparació amb les persones solteres o separades. No hi ha diferències significatives pel que fa a la resta de factors de planificació ni en relació a la seqüència del suïcidi (taules 15 i 16).



**Taula 5. Mòdul 1. Factors precipitants i estressants. Factors precipitants negatius immediats: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Factors precipitants negatius immediats	n (%)	<50 anys n (%)		>50 anys n (%)		$\chi^2$	p	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	$\chi^2$	p	
		<50 anys n (%)	>50 anys n (%)	<50 anys n (%)	>50 anys n (%)											
Nivell personal	No	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)			0 (0.0%)	1 (14.3%)			0 (0.0%)	1 (16.7%)			
	Sí	13 (92.9%)	7 (100%)	6 (85.7%)	1.463	0.5	7 (100%)	6 (85.7%)	1.077	0.5	8 (100%)	5 (83.3%)	1.455	0.42		
Nivell familiar	No	7 (50.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)			3 (42.9%)	4 (57.1%)			3 (37.5%)	4 (66.7%)				
	Sí	7 (50.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	0.287	0.5	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.354	0.5	5 (62.5%)	2 (33.3%)	1.185	0.296		
Nivell interpersonal	No	12 (85.7%)	7 (100%)	5 (71.4%)			7 (100%)	5 (71.4%)			7 (87.5%)	5 (83.3%)				
	Sí	2 (14.3%)	0 (100%)	2 (28.6%)	3.107	0.231	0 (0.0%)	2 (28.6%)	3.114	0.32	1 (12.5%)	1 (16.7%)	0.048	0.69		
Nivell acadèmic	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)				
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA		
Nivell ocupacional	No	10 (71.4%)	4 (57.1%)	6 (85.7%)			4 (57.1%)	6 (85.7%)			6 (75.0%)	4 (66.7%)				
	Sí	4 (28.6%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	1.449	0.28	3 (42.9%)	1 (14.3%)	1.485	0.25	2 (25.0%)	2 (33.3%)	0.116	0.594		
Nivell econòmic	No	10 (71.4%)	3 (42.9%)	7 (100%)			3 (42.9%)	7 (100%)			7 (87.5%)	3 (50.0%)				
	Sí	4 (28.6%)	4 (57.1%)	0 (0.0%)	7.191	0.035*	4 (57.1%)	0 (0.0%)	7.244	0.031*	1 (12.5%)	3 (50.0%)	2.405	0.175		
Altres	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)				
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA		

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics. \*p<0.05

**Taula 6. Mòdul 1. Factors precipitants i estressants. Factors precipitants positius immediats: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Factors precipitants positius immediats	n (%)	<50 anys		>50 anys		$\chi^2$	p	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	$\chi^2$	p	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)											
Nivell personal	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)			
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	NA
Nivell familiar	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)			
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	NA
Nivell interpersonal	No	13 (92.9%)	6 (85.7%)	7 (100%)	7 (100%)			6 (85.7%)	7 (100%)			8 (100%)	5 (83.3%)			
	Sí	1 (7.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1.463	0.501	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1.463	0.501	0 (0.0%)	1 (16.7%)	1.798	0.429	
Nivell acadèmic	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)			
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	NA
Nivell ocupacional	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)			
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	NA
Nivell econòmic	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)			
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	NA
Altres	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)			
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	NA

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics.

**Taula 7. Mòdul 1. Factors precipitants i estressants. Reacció del decés: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Reacció del decés	<50 anys		>50 anys		$\chi^2$	p	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	$\chi^2$	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)										
Plor	No	12 (85.7%)	5 (71.4%)	7 (100%)			5 (71.4%)	7 (100%)			7 (87.5%)	5 (83.3%)		
	Sí	2 (14.3%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	2.331	0.28	2 (28.6%)	0 (0.0%)	2.331	0.28	1 (12.5%)	1 (16.7%)	0.049	0.692
Desesperació	No	10 (71.4%)	4 (57.1%)	6 (85.7%)			5 (71.4%)	5 (71.4%)			5 (62.5%)	5 (83.3%)		
	Sí	4 (28.6%)	3 (42.9%)	1 (14.3%)	1.4	0.5	2 (28.6%)	2 (28.6%)	1.4	0.5	3 (37.5%)	1 (16.7%)	0.729	0.406
Frustració	No	9 (64.3%)	5 (71.4%)	4 (57.1%)			5 (71.4%)	4 (57.1%)			4 (50.0%)	5 (83.3%)		
	Sí	5 (35.7%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	0.311	0.5	2 (28.6%)	3 (42.9%)	0.311	0.5	4 (50.0%)	1 (16.7%)	1.66	0.238
Tristesa	No	7 (50.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)			3 (42.9%)	4 (57.1%)			5 (62.5%)	2 (33.3%)		
	Sí	7 (50.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.286	0.5	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.286	0.5	3 (37.5%)	4 (66.7%)	1.16	0.296
Alegria	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)		
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA
Intolerància a la frustració	No	11 (78.6%)	5 (71.4%)	6 (85.7%)			5 (71.4%)	6 (85.7%)			6 (75.0%)	5 (83.3%)		
	Sí	3 (21.4%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	0.431	0.5	2 (28.6%)	1 (14.3%)	0.431	0.5	2 (25.0%)	1 (16.7%)	0.141	0.615
Altres	No	9 (64.3%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)			2 (28.6%)	7 (100%)			6 (75.0%)	3 (50.0%)		
	Sí	5 (35.7%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	0.313	0.5	5 (71.4%)	0 (0.0%)	0.313	0.5	2 (25.0%)	3 (50.0%)	0.933	0.343

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics.

**Taula 8. Mòdul 1. Factors precipitants i estressants. Modificació comportament: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Modificació comportament	<50 anys		>50 anys		$\chi^2$	p	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$		Ant. $\psi$		$\chi^2$	p	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)							No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$			
Nivell personal	No	8 (57.1%)	3 (42.9%)	5 (71.4%)			4 (57.1%)	4 (57.1%)			4 (50.0%)	4 (66.7%)					
	Sí	6 (42.9%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1.167	0.692	3 (42.9%)	3 (42.9%)	0.011	0.704	4 (50.0%)	2 (33.3%)	0.389	0.471			
Nivell familiar	No	11 (78.6%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)			5 (71.4%)	6 (85.7%)			7 (87.5%)	4 (66.7%)					
	Sí	3 (21.4%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.406	2 (28.6%)	1 (14.3%)	0.424	0.406	1 (12.5%)	2 (33.3%)	0.884	0.385			
Nivell interpersonal	No	11 (78.6%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)			6 (85.7%)	5 (71.4%)			6 (75.0%)	5 (83.3%)					
	Sí	3 (21.4%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.238	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.238	2 (25.0%)	1 (16.7%)	0.141	0.615			
Nivell acadèmic	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)					
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA			
Nivell ocupacional	No	13 (92.9%)	7 (100%)	6 (85.7%)			7 (100%)	6 (85.7%)			7 (87.5%)	6 (100%)					
	Sí	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1.077	0.5	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1.077	0.5	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0.808	0.571			
Nivell econòmic	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)					
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA			
Altres	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)			7 (100%)	7 (100%)			8 (100%)	6 (100%)					
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA			

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics.

**Taula 9. Mòdul 2. Factors Motivacionals. Problemes: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Problemes	<50 anys		$\chi^2$	p	Solter / Separat		Casat / Parella		$\chi^2$	p	No Ant. $\Psi$		$\chi^2$	p
	n (%)	>50 anys n (%)			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)		
Amb el grup de suport primari	No	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1.077	0.5	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0.808	0.471
	Sí	13 (92.9%)	7 (100%)	6 (85.7%)	1.077	0.5	7 (100%)	6 (85.7%)	1.077	0.5	7 (87.5%)	6 (100%)	0.808	0.471
Amb l'ambient social	No	8 (57.1%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)	5 (71.4%)	1.167	0.296	5 (62.5%)	3 (50.0%)	0.219	0.385
	Sí	6 (42.9%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	1.167	0.296	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1.167	0.296	3 (37.5%)	3 (50.0%)	0.219	0.385
Ocupacionals	No	7 (50.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	2 (33.3%)	5 (71.4%)	0.286	0.5	5 (62.5%)	2 (33.3%)	1.167	0.615
	Sí	7 (50.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.286	0.5	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0.286	0.5	3 (37.5%)	4 (66.7%)	1.167	0.615
D'habitatge	No	12 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)	7 (100%)	5 (83.3%)	7 (100%)	0.021	0.769	7 (87.5%)	5 (83.3%)	0.049	NA
	Sí	2 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0.021	0.769	2 (28.6%)	0 (0.0%)	0.021	0.769	1 (12.5%)	1 (16.7%)	0.049	NA
Econòmics	No	8 (57.1%)	2 (28.6%)	6 (85.7%)	2 (28.6%)	6 (85.7%)	2 (33.3%)	6 (85.7%)	4.667	0.044*	6 (75.0%)	2 (33.3%)	2.43	0.571
	Sí	6 (42.9%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)	4.667	0.049*	5 (71.4%)	1 (14.3%)	4.667	0.044*	2 (25.0%)	4 (66.7%)	2.43	0.571
D'accés als serveis d'atenció en salut	No	13 (92.9%)	6 (85.7%)	7 (100%)	6 (85.7%)	7 (100%)	5 (83.3%)	7 (100%)	1.077	0.5	8 (100%)	5 (83.3%)	1.436	NA
	Sí	1 (7.1%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1.077	0.5	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1.077	0.5	0 (0.0%)	1 (16.7%)	1.436	NA
Relacionats amb la justícia	No	9 (64.3%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)	3 (50.0%)	5 (71.4%)	0.311	0.5	6 (75.0%)	3 (50.0%)	0.933	NA
	Sí	5 (35.7%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	0.311	0.5	3 (42.9%)	2 (28.6%)	0.311	0.5	2 (25.0%)	3 (50.0%)	0.933	NA

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\Psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\Psi$  = No Antecedents psiquiàtrics. \*ps0.05

**Taula 10. Mòdul 2. Factors Motivacionals. Síntomes: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Síntomes	n (%)		Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$		$\chi^2$	p	Ant. $\psi$		$\chi^2$	p
	<50 anys n (%)	>50 anys n (%)					No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$			No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$		
Mal funcionament a nivell afectiu	No	5 (35.7%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)			3 (37.5%)	2 (33.3%)			2 (33.3%)			
	Sí	9 (64.3%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)	4 (57.1%)	0.311	0.5	5 (62.5%)	4 (66.7%)	0.311	0.5	4 (66.7%)	0.26	0.471
En les funcions perceptives	No	8 (57.1%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)		6 (75.0%)	2 (33.3%)			2 (33.3%)			
	Sí	6 (42.9%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	4.788	0.041*	2 (25.0%)	4 (66.7%)	1.167	0.296	4 (66.7%)	2.43	0.156
En les funcions cognitives	No	8 (57.1%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)		5 (62.5%)	3 (50.0%)			3 (50.0%)			
	Sí	6 (42.9%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	1.167	0.296	3 (37.5%)	3 (50.0%)	1.167	0.296	3 (50.0%)	0.219	0.529
En les funcions somàtic-viscerals	No	8 (57.1%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)		5 (62.5%)	3 (50.0%)			3 (50.0%)			
	Sí	6 (42.9%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	1.167	0.296	3 (37.5%)	3 (50.0%)	1.167	0.296	3 (50.0%)	0.219	0.529
En el sistema neurològic	No	9 (64.3%)	5 (71.4%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)		7 (87.5%)	2 (33.3%)			2 (33.3%)			
	Sí	5 (35.7%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	0.311	0.5	1 (12.5%)	4 (66.7%)	0.311	0.5	4 (66.7%)	4.381	0.036*
En les funcions vegetatives	No	5 (35.7%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)		4 (50.0%)	1 (16.7%)			1 (16.7%)			
	Sí	9 (64.3%)	4 (57.1%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)	1.077	0.5	4 (50.0%)	5 (83.3%)	0.311	0.5	5 (83.3%)	1.659	0.238

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics. \* $p \leq 0.05$

**Taula 11. Mòdul 2. Factors Motivacionals. Trets de personalitat: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Trets de personalitat	<50 anys		>50 anys		$\chi^2$	$p$	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	$p$	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	$\chi^2$	$p$
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)										
Preocupació/Por	No	5 (35.7%)	4 (57.1%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	1 (14.3%)	4 (57.1%)	1 (14.3%)	2 (25.0%)	3 (50.0%)	0.933	0.343		
	Sí	9 (64.3%)	3 (42.9%)	6 (85.7%)	2.81	0.131	3 (42.9%)	6 (85.7%)	2.81	0.131	6 (75.0%)	3 (50.0%)		
Agorafòbia	No	12 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)	0.11	0.769	7 (100%)	5 (71.4%)	2.33	0.231	6 (75.0%)	6 (100%)		
	Sí	2 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0.11	0.769	0 (0.0%)	2 (28.6%)	2.33	0.231	2 (25.0%)	0 (0.0%)		
Seductors/ Manipuladors	No	7 (50.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	0.256	0.5	2 (28.6%)	5 (71.4%)	2.571	0.109	5 (62.5%)	2 (33.3%)		
	Sí	7 (50.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.256	0.5	5 (71.4%)	2 (28.6%)	2.571	0.109	3 (37.5%)	4 (66.7%)		
Queixes estat ànim	No	7 (50.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.256	0.5	3 (42.9%)	4 (57.1%)	0.286	0.5	4 (50.0%)	3 (50.0%)		
	Sí	7 (50.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	0.256	0.5	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.286	0.5	4 (50.0%)	3 (50.0%)		
Gelosia/Enveja	No	6 (42.9%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	0.11	0.704	2 (28.6%)	4 (57.1%)	1.167	0.296	4 (50.0%)	2 (33.3%)		
	Sí	8 (57.1%)	4 (57.1%)	4 (57.1%)	0.11	0.704	5 (71.4%)	3 (42.9%)	1.167	0.296	4 (50.0%)	4 (66.7%)		
Excés cura/ dependència	No	11 (78.6%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)	0.424	0.5	5 (71.4%)	6 (85.7%)	0.424	0.5	6 (75.0%)	5 (83.3%)		
	Sí	3 (21.4%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.5	2 (28.6%)	1 (14.3%)	0.424	0.5	2 (25.0%)	1 (16.7%)		
Agressivitat/ nerviosisme	No	9 (64.3%)	5 (71.4%)	4 (57.1%)	0.311	0.5	4 (57.1%)	5 (71.4%)	0.311	0.5	6 (75.0%)	3 (50.0%)		
	Sí	5 (35.7%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	0.311	0.5	3 (42.9%)	2 (28.6%)	0.311	0.5	2 (25.0%)	3 (50.0%)		
Fredor/aïllament	No	8 (57.1%)	5 (71.4%)	3 (42.9%)	1.16	0.296	3 (42.9%)	5 (71.4%)	1.16	0.296	6 (75.0%)	2 (33.3%)		
	Sí	6 (42.9%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	1.16	0.296	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1.16	0.296	2 (25.0%)	4 (66.7%)		
Desorganització/ Deliri	No	11 (78.6%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)	0.424	0.5	6 (85.7%)	5 (71.4%)	0.424	0.5	7 (87.5%)	4 (66.7%)		
	Sí	3 (21.4%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.5	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.5	1 (12.5%)	2 (33.3%)		

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics.

**Taula 12. Mòdul 2. Factors Motivacionals. Història familiar: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Història familiar	<50 anys		>50 anys		$\chi^2$	p	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	$\chi^2$	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)										
Malalties físiques	No	7 (50.0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	6 (85.7%)	1 (14.3%)	3 (37.5%)	4 (66.7%)	1.167	0.28	2 (33.3%)	5 (62.5%)	7.143	0.008*
	Sí	7 (50.0%)	2 (28.6%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	5 (62.5%)	1.167	0.28	2 (33.3%)	5 (62.5%)	7.143	0.008*
Malalties psiquiàtriques	No	11 (78.6%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)	6 (85.7%)	7 (87.5%)	4 (66.7%)	0.884	0.385	4 (66.7%)	7 (87.5%)	0.884	0.385
	Sí	3 (21.4%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	2 (33.3%)	0.884	0.385	2 (33.3%)	1 (12.5%)	0.884	0.385
Tractaments mèdic/psicològics	No	10 (71.4%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)	6 (75.0%)	4 (66.7%)	0.117	0.594	4 (66.7%)	6 (75.0%)	0.117	0.594
	Sí	4 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (25.0%)	2 (33.3%)	0.117	0.594	2 (33.3%)	2 (25.0%)	0.117	0.594
Intents suïcidi	No	12 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)	8 (100%)	4 (66.7%)	3.111	0.165	4 (66.7%)	8 (100%)	3.111	0.165
	Sí	2 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)	3.111	0.165	2 (33.3%)	0 (0.0%)	3.111	0.165
Suïcidis	No	9 (64.3%)	5 (71.4%)	4 (57.1%)	6 (85.7%)	3 (42.9%)	6 (75.0%)	3 (50.0%)	0.933	0.343	3 (50.0%)	6 (75.0%)	0.933	0.343
	Sí	5 (35.7%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	2 (25.0%)	3 (50.0%)	0.933	0.343	3 (50.0%)	2 (25.0%)	0.933	0.343
Antecedents socioculturals	No	13 (92.9%)	7 (100%)	6 (85.7%)	7 (100%)	6 (85.7%)	7 (87.5%)	6 (100%)	0.808	0.571	6 (100%)	7 (87.5%)	0.808	0.571
	Sí	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0.808	0.571	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0.808	0.571
Antecedents legals	No	13 (92.9%)	7 (100%)	6 (85.7%)	7 (100%)	6 (85.7%)	8 (100%)	5 (83.3%)	1.436	0.429	5 (83.3%)	8 (100%)	1.436	0.429
	Sí	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (16.7%)	1.436	0.429	1 (16.7%)	0 (0.0%)	1.436	0.429

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics. \*p<0.05



**Taula 13. Mòdul 3. Factors de Letalitat. Mètode utilitzat: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Mètode utilitzat	n (%)	<50 anys		$\chi^2$	p	Solter / Separat		Casat / Parella		$\chi^2$	p	No Ant. $\Psi$	Ant. $\Psi$	$\chi^2$	p
		n (%)	>50 anys n (%)												
Penjament	No	9 (64.3%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)		3 (42.9%)	6 (85.7%)	5 (62.5%)	4 (66.7%)						
	Sí	5 (35.7%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	0.311	0.577	4 (57.1%)	1 (14.3%)	2.8	0.094	3 (37.5%)	2 (33.3%)	0.026	0.198	
Arma de foc	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)		7 (100%)	7 (100%)	8 (100%)	6 (100%)						
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	
Precipitació	No	9 (64.3%)	4 (57.1%)	5 (71.4%)		6 (85.7%)	3 (42.9%)	4 (50.0%)	5 (83.3%)						
	Sí	5 (35.7%)	3 (42.9%)	2 (28.6%)	0.311	0.577	1 (14.3%)	4 (57.1%)	2.8	0.094	4 (50.0%)	1 (16.7%)	1.659	0.198	
Submersió	No	12 (85.7%)	7 (100%)	5 (71.4%)		6 (85.7%)	6 (85.7%)	8 (100%)	4 (66.7%)						
	Sí	2 (14.3%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	2.333	0.127	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0.311	0.577	0 (0.0%)	2 (33.3%)	3.111	0.078	
Intoxicació/ Enverinament	No	12 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)		5 (71.4%)	7 (100%)	8 (100%)	4 (66.7%)						
	Sí	2 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0.011	0.769	2 (28.6%)	0 (0.0%)	2.33	0.127	0 (0.0%)	2 (33.3%)	3.111	0.078	
Arma blanca	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)		7 (100%)	7 (100%)	8 (100%)	6 (100%)						
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	
Asfíxia	No	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)		7 (100%)	7 (100%)	8 (100%)	6 (100%)						
	Sí	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NA	NA	
Foc	No	13 (92.9%)	7 (100%)	6 (85.7%)		7 (100%)	6 (85.7%)	7 (87.5%)	6 (100%)						
	Sí	1 (7.1%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1.077	0.299	0 (0.0%)	1 (14.3%)	1.077	0.299	1 (12.5%)	0 (0.0%)	0.808	0.369	

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\Psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\Psi$  = No Antecedents psiquiàtrics.

**Taula 14. Mòdul 3. Factors de Letalitat. Característiques del mètode: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Característiques del mètode	n (%)	<50 anys		$\chi^2$	p	Casat / Parella		$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$		$\chi^2$	p
		n (%)	>50 anys n (%)			Solter / Separat	Ant. $\psi$			No Ant. $\psi$			
Propor / Domicili accessible	12 (85.7%)	7 (100%)	5 (71.4%)			7 (100%)	5 (71.4%)			8 (100%)	4 (66.7%)		
	2 (14.3%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	2.333	0.127	0 (0.0%)	2 (28.6%)	2.333	0.127	0 (0.0%)	2 (33.3%)	2.333	0.127
Fora del domicili accessible	5 (35.7%)	2 (28.6%)	3 (42.9%)			1 (14.3%)	4 (57.1%)			2 (25.0%)	3 (50.0%)		
	9 (64.3%)	5 (71.4%)	4 (57.1%)	0.311	0.577	6 (85.7%)	3 (42.9%)	0.311	0.577	6 (75.0%)	3 (50.0%)	2.8	0.094
Probabilitat alta de mort	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)			0 (0.0%)	0 (0.0%)			0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	NA	NA	7 (100%)	7 (100%)	NA	NA	8 (100%)	6 (100%)	NA	NA
Rapidesa de mort	2 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)			2 (28.6%)	0 (0.0%)			0 (0.0%)	2 (33.3%)		
	12 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)	0.011	0.769	5 (71.4%)	7 (100%)	0.011	0.769	8 (100%)	4 (66.7%)	2.33	0.127

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics.

**Taula 15. Mòdul 4. Factors d'Intencionalitat. Seqüència del suïcidi: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics**

Seqüència del suïcidi	n (%)	<50 anys n (%)	>50 anys n (%)	$\chi^2$	p	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	$\chi^2$	p
Desig de mort en el darrer any (intenció)	No 11 (78.6%) Sí 3 (21.4%)	5 (71.4%) 2 (28.6%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	0.424	0.515	6 (85.7%) 1 (14.3%)	5 (71.4%) 2 (28.6%)	0.424	0.515	6 (75.0%) 2 (25.0%)	5 (83.3%) 1 (16.7%)	0.141	0.707
Desig de mort en el darrer any (verbal)	No 10 (71.4%) Sí 4 (28.6%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	4 (57.1%) 3 (42.9%)	1.4	0.237	6 (85.7%) 1 (14.3%)	4 (57.1%) 3 (42.9%)	1.4	0.237	5 (62.5%) 3 (37.5%)	5 (83.3%) 1 (16.7%)	0.729	0.393
Verbalització de suïcidi	No 13 (92.9%) Sí 1 (7.1%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	7 (100%) 0 (0.0%)	1.077	0.299	6 (85.7%) 1 (14.3%)	7 (100%) 0 (0.0%)	1.077	0.299	8 (100%) 0 (0.0%)	5 (83.3%) 1 (16.7%)	1.436	0.231
Verbalització de desaparició	No 14 (100%) Sí 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	8 (100%) 0 (0.0%)	6 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA
Voluntat de mort amb efecte manipulanti	No 13 (92.9%) Sí 1 (7.1%)	7 (100%) 0 (0.0%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	1.072	0.299	6 (85.7%) 1 (14.3%)	7 (100%) 0 (0.0%)	1.072	0.299	7 (87.5%) 1 (12.5%)	6 (100%) 0 (0.0%)	0.808	0.369
Verbalització de mort en to irònic	No 14 (100%) Sí 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	8 (100%) 0 (0.0%)	6 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA
Verbalització de mort única opció (extern)	No 12 (85.7%) Sí 2 (14.3%)	7 (100%) 0 (0.0%)	5 (71.4%) 2 (28.6%)	2.33	0.127	6 (85.7%) 1 (14.3%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	0.011	0.769	6 (75.0%) 2 (25.0%)	6 (100%) 0 (0.0%)	1.75	0.186
Verbalització de fatiga única opció (intern)	No 13 (92.9%) Sí 1 (7.1%)	7 (100%) 0 (0.0%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	1.077	0.299	6 (85.7%) 1 (14.3%)	7 (100%) 0 (0.0%)	1.077	0.299	7 (87.5%) 1 (12.5%)	6 (100%) 0 (0.0%)	0.808	0.369
Credibilitat dels fets per part de l'entorn	No 14 (100%) Sí 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	8 (100%) 0 (0.0%)	6 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA
Verbalització premonició/somni	No 13 (92.9%) Sí 1 (7.1%)	7 (100%) 0 (0.0%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	1.077	0.299	7 (100%) 0 (0.0%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	1.077	0.299	7 (87.5%) 1 (12.5%)	6 (100%) 0 (0.0%)	0.808	0.369
Lectura sobre mort	No 14 (100%) Sí 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	7 (100%) 0 (0.0%)	7 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA	8 (100%) 0 (0.0%)	6 (100%) 0 (0.0%)	NA	NA
Intencions de mort sense èxit	No 13 (92.9%) Sí 1 (7.1%)	6 (85.7%) 1 (14.3%)	7 (100%) 0 (0.0%)	1.077	0.299	6 (85.7%) 1 (14.3%)	7 (100%) 0 (0.0%)	1.077	0.299	8 (100%) 0 (0.0%)	5 (83.3%) 1 (16.7%)	1.436	0.231
Múltiples accidents o situacions perilloses	No 12 (85.7%) Sí 2 (14.3%)	5 (71.4%) 2 (28.6%)	7 (100%) 0 (0.0%)	2.33	0.12	5 (71.4%) 2 (28.6%)	7 (100%) 0 (0.0%)	2.33	0.127	8 (100%) 0 (0.0%)	4 (66.7%) 2 (33.3%)	3.11	0.078

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics.

**Taula 16. Mòdul 4. Factors d'Intencionalitat. Planificació de mort: comparativa per edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics.**

Planificació de mort	<50 anys		>50 anys		$\chi^2$	p	Solter / Separat	Casat / Parella	$\chi^2$	p	No Ant. $\psi$	Ant. $\psi$	$\chi^2$	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)										
Preparatius previs	No	7 (50.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)			3 (42.9%)	4 (57.1%)			5 (62.5%)	3 (33.3%)		
	Sí	7 (50.0%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)	0.286	0.593	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0.286	0.593	3 (37.5%)	4 (66.7%)	1.167	0.28
Lliurament indicacions concretes en cas de mort	No	10 (71.4%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)			7 (100%)	3 (42.9%)			5 (62.5%)	5 (83.3%)		
	Sí	4 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	0.011	0.789	0 (0.0%)	4 (57.1%)	5.6	0.018*	3 (37.5%)	1 (16.7%)	0.729	0.393
Testament recent	No	11 (78.6%)	6 (85.7%)	5 (71.4%)			6 (85.7%)	5 (71.4%)			6 (75.0%)	5 (83.3%)		
	Sí	3 (21.4%)	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.515	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.515	2 (25.0%)	1 (16.7%)	1.141	0.707
Regal o repartiment de pertinences	No	12 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)			7 (100%)	5 (71.4%)			6 (75.0%)	6 (100%)		
	Sí	2 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0.011	0.789	0 (0.0%)	2 (28.6%)	2.33	0.127	2 (25.0%)	0 (0.0%)	1.75	0.186
Adquisició arma, corda o verí	No	12 (85.7%)	6 (85.7%)	6 (85.7%)			5 (71.4%)	7 (100%)			8 (100%)	4 (66.7%)		
	Sí	2 (14.3%)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	0.011	0.789	2 (28.6%)	0 (0.0%)	2.33	0.127	0 (0.0%)	2 (33.3%)	3.11	0.078
Vista familiar, llarg període absent	No	11 (78.6%)	5 (71.4%)	6 (85.7%)			6 (85.7%)	5 (71.4%)			6 (75.0%)	5 (83.3%)		
	Sí	3 (21.4%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	0.424	0.515	1 (14.3%)	2 (28.6%)	0.424	0.515	2 (25.0%)	1 (16.7%)	0.141	0.707
Carta de comiat	No	10 (71.4%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)			5 (71.4%)	5 (71.4%)			6 (75.0%)	4 (66.7%)		
	Sí	4 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)	0.011	0.789	2 (28.6%)	2 (28.6%)	0.011	0.72	2 (25.0%)	2 (33.3%)	0.117	0.733
Verbalització de fatiga única opció (intern)	No	8 (57.1%)	4 (57.1%)	4 (57.1%)			4 (57.1%)	4 (57.1%)			4 (50.0%)	4 (66.7%)		
	Sí	6 (42.9%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	0.011	0.789	3 (42.9%)	3 (42.9%)	0.025	0.704	4 (50.0%)	2 (33.3%)	0.389	0.533
Credibilitat dels fets per part de l'entorn	No	8 (57.1%)	4 (57.1%)	4 (57.1%)			4 (57.1%)	4 (57.1%)			5 (62.5%)	3 (50.0%)		
	Sí	6 (42.9%)	3 (42.9%)	3 (42.9%)	0.011	0.789	3 (42.9%)	3 (42.9%)	0.011	0.72	3 (37.5%)	3 (50.0%)	0.219	0.64
Verbalització premonició/somni	No	4 (28.6%)	2 (28.6%)	2 (28.6%)			2 (28.6%)	2 (28.6%)			2 (25.0%)	2 (33.3%)		
	Sí	10 (71.4%)	5 (71.4%)	5 (71.4%)	0.011	0.789	5 (71.4%)	5 (71.4%)	0.011	0.72	6 (75.0%)	4 (66.7%)	0.117	0.733

Nota: %=correspon al percentatge del n de columna; Ant.  $\psi$  = Antecedents psiquiàtrics; No Ant.  $\psi$  = No Antecedents psiquiàtrics. \* $p \leq 0.05$

## 5. Discussió

---

El principal objectiu de la present tesi va ser, en primer lloc, exposar i descriure les dades epidemiològiques i estadístiques referents a totes les morts per suïcidi ocorregudes a la comarca d'Osona durant el període 2013-2015 i, en segon lloc, realitzar l'AP a una submostra de casos amb la finalitat de determinar la causa de la mort (morts dubtoses), identificar els factors de risc i els factors protectors de la conducta suïcida, determinar el perfil de risc a la comarca d'Osona, i avaluar l'ús de l'AP com a mètode per a l'anàlisi de les morts per suïcidi.

### 5.1. Resum dels principals resultats

Fins on sabem, aquest és el primer estudi d'AP realitzat a Catalunya, i un dels pocs realitzats a Espanya (Garcia-Caballero et al., 2010; Anton-San-Martín et al., 2013). En el nostre estudi, el procés d'AP resulta molt útil a l'hora d'aportar dades rellevants respecte a les característiques de la mort i del difunt, i els algorismes de decisió ens ajuden a determinar la mort per suïcidi.

Els principals resultats mostren que durant els 3 anys d'estudi es produeixen, a la comarca d'Osona 31 morts per suïcidi. El perfil majoritari està format per homes entre 50 i 60 anys, casats, sense antecedents psiquiàtrics coneguts i sense intents previs de suïcidi. Els mètodes de suïcidi més utilitzats són el penjament, seguit de la precipitació i de l'atropellament per tren.

La submostra amb què es realitza l'AP està formada per 14 casos. Un dels factors precipitants més destacats és el diagnòstic d'una patologia irreversible, com un càncer o un procés degeneratiu, seguit pel trastorn mental, l'aïllament social i, finalment, les dificultats econòmiques. Destaquen les problemàtiques de tipus personal, els problemes familiars i amb el grup de suport primari, i els problemes

interpersonals i ocupacionals. La simptomatologia clínica que es manifesta més és de tipus afectiu i d'alteració en les funcions vegetatives, seguit d'alteracions en les funcions perceptives, cognitives i somato-viscerals; per exemple: insomni, dèficit de memòria, dificultats de raonament i problemes gastro-intenstinals.

Els principals trets de personalitat dels difunts responen a un perfil de persona amb preocupacions, pors, desconfiança, gelosia i enveja. Sovint, també manipuladors i seductors, i amb moltes queixes relatives a l'estat d'ànim. Molts d'ells presenten una història familiar de malalties cròniques i mentals, com ara depressió, addiccions o neoplàsies, així com també familiars de primer i segon grau morts per suïcidi o amb intents de suïcidi.

Aproximadament la meitat dels subjectes manifesten la voluntat de morir durant l'últim any, a través de verbalitzacions, preparatius o intents autolítics. A més, la meitat d'ells moren de forma premeditada, deixant alguna nota, testament recent o instruccions sobre com procedir en cas de mort.

En cap de les morts hi ha indicis de mort dubtosa i, en totes elles es determina que la causa ha estat el suïcidi.

La comparativa entre els diferents grups dels principals factors de risc: edat, estat civil i antecedents psiquiàtrics, mostren que les persones menors de 50 anys i els solters i separats tenen més problemes econòmics, que es perceben com a possibles factors negatius precipitants immediats en la decisió de suïcidar-se. Per altra banda, les persones majors de 50 anys presenten més aviat símptomes de tipus perceptiu mentre que les persones amb antecedents psiquiàtrics, en presenten més de tipus neurològic. Les persones casades o en parella presenten un major nombre d'antecedents familiars de malaltia física. Finalment, s'observa que les persones casades o en parella deixen, en un nombre significativament superior de casos, indicacions concretes en cas de mort als seus amics o familiars.

## 5.2. El perfil del suïcidi a Osona

Els resultats observats en el nostre estudi permeten establir unes característiques comunes i particulars del perfil del suïcidi a Osona, facilitant la creació i implementació de polítiques preventives i, permetent alhora millorar el tractament dels trastorns mentals més freqüentment associats a aquesta problemàtica.

En l'article de Jiménez et al. (2012) es resumeixen les principals dades sociodemogràfiques i epidemiològiques del suïcidi a Osona durant el període previ al nostre estudi (2006-2011). Aquestes dades ens serveixen de punt de partida per tal d'observar alguns trets comuns que es repeteixen al llarg dels anys, i que requereixen especial atenció a l'hora de desenvolupar els programes de prevenció.

Una primera dada rellevant és la lleugera disminució del nombre de suïcidis totals registrats a la comarca en comparació amb el nostre estudi. La disminució encara que sensible,  $\bar{x}=13.8$  casos/any al període 2006-2011 davant de  $\bar{x}=10.3$  casos/any al període 2013-2015, podria respondre a les mesures adoptades en quant a la millora en l'atenció a la població vulnerable i a un increment en la detecció precoç de la població de risc. Concretament, i tal com indica l'estudi de Jiménez et al. (2012), arran de les dades presentades a l'article, a la comarca es van iniciar una sèrie d'actuacions al respecte, les quals podrien haver-se materialitzat amb la tendència a la baixa en anys posteriors. El programa de prevenció que es va implementar, estava destinat a detectar els intents de suïcidi, fer-ne un seguiment i instar les persones a consultar els serveis d'urgències davant qualsevol tipus d'ideació autolítica. Aquest programa pretenia millorar dos punts clau: per una banda, l'aïllament i la sensació de què no hi ha una altra opció possible i, per altra banda, actuar directament sobre un dels principals factors de risc associats a la conducta suïcida, les temptatives prèvies.

Les temptatives prèvies de suïcidi estan considerades un factor de risc clau per molts estudis (Yoshimasu et al., 2008; Pompili et al., 2014; Kleiman i Liu, 2014; Tuesca i Navarro, 2003). No obstant, tant en el nostre estudi com en el de Jiménez et al. (2012), en la majoria dels casos no es coneix l'existència de temptatives prèvies. Aquesta

divergència es podria explicar, en primer lloc, a partir de la baixa mostra de dones, ja que són les que més temptatives fan i, en segon lloc, per les polítiques de prevenció que es focalitzen a evitar la consumació del suïcidi en les persones que han comès temptatives prèvies.

Altres variables, com l'edat o el gènere, es van mantenir estables durant ambdós períodes essent la majoria dels casos del gènere masculí (ratio aproximada de 3:1) i en edats superiors als 50 anys. Aquestes dades concorden amb estudis previs realitzats tant a Espanya com arreu del món (Antón-San-Martín et al., 2013; Werlang i Botega, 2003; Paraschakis et al., 2015; Gómez et al., 2014) malgrat que en alguna zona puguin aparèixer algunes discrepàncies degut a particularitats culturals o locals (García-Caballero et al., 2010; González et al., 2010; Pompili et al., 2014).

Una dada que contrasta notablement amb la literatura consultada és l'estat civil de les víctimes. Mentre que la majoria d'estudis fan referència a una major taxa de suïcidis entre la població soltera, separada, divorciada i/o vídua (Paraschakis et al., 2015; Vega-Piñero et al., 2002; Jiménez, 2001) en la nostra mostra la major incidència es troba en persones casades. Pocs estudis conclouen que no existeixen diferències en funció de l'estat civil de la persona (p.ex. Al-Waheeb i Al-Kandary, 2015). En general, el fet d'estar casat o en parella es considera un factor protector. Per altra banda, l'aïllament social i la soledat mostren una forta associació amb la conducta suïcida (Bearman i Moody, 2004; Cattán, White, Bond i Learmouth, 2005) i la depressió (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley i Thisted, 2006), un dels principals trastorns mentals associats al suïcidi (Hawton, Comabella, Haw i Saunders, 2013). En aquest sentit, l'AP aporta dades interessants, doncs malgrat que la situació civil majoritària es considerada com a factor protector, en moltes de les entrevistes es fa palès el deteriorament de les relacions interpersonals i familiars malgrat estar casats/casades, que eren difícils o directament nul·les, amb una important manca de suport social per part del grup de suport primari. Per tant, podem deduir que, en realitat, el més important és la qualitat del vincle amb les persones properes, ja que en alguns casos el matrimoni pot no ser sinònim de suport: ans al contrari, pot generar alts nivells de tensió familiar, desesperació i, en ocasions, desig de venjança.



Respecte al mètode emprat per al suïcidi, tant el nostre estudi com el de Jiménez et al. (2012) coincideixen en el penjament com a primera opció, seguit de la precipitació i l'atropellament per tren. A Catalunya i/o Espanya destaquen, sobretot, el penjament i la precipitació (Robles, Acinas i Pérez-Lñigo, 2013). En canvi, fent una comparativa amb altres països, com ara els EEUU, l'Índia o la Xina destaquen altres mètodes: l'arma de foc, la intoxicació per pesticides i el cremar-se viu (Tuesca i Navarro, 2003; González et al., 2010; Kleiman i Liu, 2014; Kumar i Pradhan, 2003; Knoll i Hatters-Friedman, 2015). En general, el mètode d'elecció ve determinat per dos factors clau: en primer lloc, per les possibilitats d'accés que ofereix l'entorn immediat (p.ex. accés a les armes de foc o als pesticides, a les vies del tren, etc.) i, en segon lloc, per factors culturals i les creences respecte la mort (p.ex. cremar-se viu). En el present estudi, l'alt índex de població rural i el fàcil accés a les vies del tren, poden haver determinat els mètodes més utilitzats (penjament i atropellament per tren).

Pel que fa als antecedents psiquiàtrics, aquests es mostren majoritaris en pràcticament tots els estudis (Jiménez et al., 2012; Antón-San-Martin, 2013; Cavanagh et al., 2003; Cheng et al., 2000). Malgrat tot, en el 48.4% dels casos no es té constància d'antecedents o no existeixen, fet que fa replantejar la necessitat d'establir millores en la detecció de la simptomatologia psiquiàtrica i psicològica, en especial dels trastorns afectius, doncs en molts casos podrien estar infradiagnosticats. Per altra banda, també s'evidencia la necessitat de dur a terme accions contra l'estigma que acompanya el trastorn mental, i que sovint fa que no es busqui ajuda professional. En el nostre estudi es van poder observar factors de personalitat propis de persones amb vulnerabilitat per als trastorns afectius que no van acudir als serveis de salut per l'estigma i el tabú que això els suposava.

Un altre punt a destacar com a possible fet precipitant, i que ha estat determinant en la mostra de l'estudi, és el diagnòstic d'una patologia irreversible, concretament neoplàsies. Diversos estudis destaquen la malaltia física com a factor de risc (Cheng et al., 2000; de la Grandmaisón, Watier, Cavard i Charlier, 2014; Cavanagh et al., 2003; Tuesca i Navarro, 2003) malgrat que en la majoria no es considera com un factor primordial. En moltes malalties cròniques o potencialment mortals, com són l'Esclerosi Múltiple, la diabetis, les malalties del cor o el càncer, la prevalença de

síntomes depressius i ansiosos és molt més elevada que en la població general (Stanton, Revenson i Tennen, 2007) i, sovint, no es tracta adequadament la malaltia des d'un enfocament bio-psico-social que faciliti l'adaptació a la nova condició de salut. Aquest fet pot provocar la sensació de desesperança i d'irreversibilitat que, si bé és així en molts casos, no necessàriament ha d'anar lligat al patiment i, sovint, la persona gaudeix d'una bona qualitat de vida malgrat la malaltia. A més, quan la patologia és irreversible, cal alertar als professionals d'atenció sanitària i hospitalària pel que fa a la salut mental del pacient, que es diagnostica per tal de fer-ne un seguiment per a la detecció precoç de la ideació suïcida i el seu abordatge.

### 5.3. L'Autòpsia Psicològica com a instrument per a l'estudi del suïcidi

L'instrument d'AP utilitzat en el present estudi ha estat la que es coneix com a *Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy* desenvolupada per Werlang i Botega (2003) i, posteriorment traduïda per Garcia-Caballero et al. (2010). S'escull aquest instrument per ser un dels més estructurats i sistematitzats que hi ha en llengua espanyola, a més de disposar d'una validesa i fiabilitat contrastada (Werlang i Botega, 2003). L'entrevista es duu a terme en una mostra de 14 familiars directes i d'una persona propera al difunt, en un període posterior al decés que varia entre els 3 i els 6 mesos.

L'AP permet aprofundir en una gran diversitat d'àrees de la vida del decés i, conèixer detalls que no estaven registrats en les històries clíniques dels serveis sanitaris. Alguns d'aquests detalls són de l'estil de vida i de les relacions del difunt amb l'entorn immediat: amics, familiars i persones més properes, possibles factors precipitants i/o estressants viscuts i el seu impacte, possibles motivacions per voler morir, intents previs o antecedents familiars no registrats, visualització de preavisos, preparatius o notes, així com una planificació detallada de la pròpia mort (Ebert, 1991; Díaz, 2014; Torres, 2007).

En les entrevistes realitzades cal destacar que per a alguns dels informants és la primera vegada que se'ls ofereix la oportunitat de parlar en profunditat del fet. A més, en molts casos, també és el primer cop que s'expliquen detalls concrets de la vida del difunt, que fins aleshores no han transcendit o s'han guardat com a secret familiar. Això pot ser degut a qüestions culturals o religioses, en les quals preval la preservació d'una imatge externa acurada on allò considerat negatiu pertany a l'àmbit privat, tal com s'observa en refranys com "la roba bruta es renta a casa". També, en ocasions, es manifesta una certa càrrega de culpa per no haver sabut captar cap avís previ per part del difunt: no haver estat atent a fets que, a posteriori, poden ser identificats com a preavisos, o haver infravalorat expressions molt clares de desig de mort. Aquestes situacions són comunes en els estudis que han utilitzat l'AP (Robles et al., 2013;

Herrera et al., 2013) i ens fa plantejar si es dóna, a les famílies i persones properes, el suport necessari a l'hora d'elaborar un dol amb la particular casuística del suïcidi. Actualment no s'estableix cap protocol concret per al tractament dels familiars en dol per suïcidi i, tal com s'evidencia en el present estudi, la seva existència cobriria una necessitat important tant per als familiars com per als professionals sanitaris, minimitzant els efectes a mig i llarg termini, com per exemple, dols complicats, somatitzacions, desenvolupament de trastorns afectius i alteracions en els vincles interpersonals.

Per altra banda, l'AP ha permès captar també característiques concretes del decés que fins al moment es consideraven o valoraven dins la normalitat en el sí de la família. Situacions com consums excessius d'alcohol o certs tipus de maltractament dins la parella o violència filio-parental que, si haguessin estat compartides amb professionals de la salut, s'haurien valorat i, probablement, s'hagués pogut dur a terme algun tipus d'actuació. A més, l'AP també va permetre observar conductes aparentment quotidianes que podrien haver-se llegit com a pre-avisos suïcides, com poden ser expressar fatiga per continuar vivint o no trobar sentit a la vida, així com també sentiments d'inutilitat i desesperança. En molts casos, el desconeixement porta a pensar que són verbalitzacions sense intencionalitat i a no prestar-hi l'atenció necessària (Herrera et al., 2013; Robles et al., 2013).

Per últim, i de forma especial, l'AP serveix per donar un espai a l'informant on se li permet dialogar i expressar els sentiments que li permetin elaborar la pèrdua o fer més comprensibles les raons del suïcidi. Aquesta funció la trobem àmpliament descrita en la literatura existent (Robles et al., 2013; Anseán, 2014) com a fenomen de drenatge emocional o postvenció. Alguns dels membres entrevistats expressen gratitud, doncs un cop succeït el fet, no havien tingut oportunitat de parlar-ne amb els serveis sanitaris. Reconeixien haver-se sentit acompanyats per aquests en el seu procés de dol, però no tant a l'hora de trobar respostes i parlar del difunt, de superar la pèrdua. En aquest sentit, cal dir que una part important del procés de dol passa per poder donar resposta o algun tipus d'explicació més o menys raonable del que va succeir i del perquè. Malgrat això, aquestes qüestions no se solen abordar per part dels professionals de la salut, sovint per una manca de coneixements i expertesa en el tema

del suïcidi, així com també degut a la creença popular que remoure un fet negatiu no ajuda a processar-lo.

També cal destacar la sensació positiva que mostren els informants pel fet de sentir que col·laboren en la prevenció del suïcidi. De forma similar a com es descriu en l'article de Wong, Chan, Conwell, Conner i Yip (2010) els informants de l'estudi verbalitzen que el principal motiu de la seva participació és poder contribuir a millorar la prevenció del suïcidi perquè d'altres persones no es trobin en la mateixa situació. En varies ocasions expressen que el dolor viscut no és comparable a cap altre, en especial quan es tracta de la mort d'un fill o cònjuge, i que poder contribuir a evitar aquest patiments a altres persones, per a ells, és motiu suficient per participar.

A mode de resum, podem concloure que, si bé en un primer moment l'AP va néixer amb la finalitat d'aclarir les morts per suïcidi que podien resultar dubtoses, en l'actualitat s'ha postulat com una eina útil amb múltiples funcions en el tractament i l'enteniment del fenomen del suïcidi i, per tant, creiem que el seu ús en l'àmbit sociosanitari s'hauria de generalitzar.

## 5.4. Implicacions clíniques i recerca futura

En la majoria d'informes i fonts consultades destaca la necessitat de seguir investigant en el camp del suïcidi. L'altra prevalença a nivell mundial (11.6 per cada 100,000 hab; OMS, 2014) i les perspectives de futur, que apunten que al 2020 es superaran amb escreix les taxes actuals, fan que la prevenció del suïcidi es contempli com un fet prioritari en la salut pública a nivell mundial (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

En l'actualitat, una de les eines que més informació ha aportat, i que es preveu que seguirà sent útil en l'estudi del suïcidi, és l'AP, la qual malgrat tenir limitacions pel que fa la metodologia retrospectiva i el biaix dels informats i els entrevistadors, es considera una eina vàlida i fiable, i se n'espera una millora constant en quant a superar els possibles biaixos existents (Díaz, 2014).

La majoria de publicacions coincideixen en què l'objectiu prioritari per la investigació futura és la necessitat de determinar nous grups de risc a partir de dissenys més específics que permetin establir amb major certesa quines són les persones altament susceptibles de suïcidar-se (Yoshimasu et al., 2008; Mann, 2003), amb la finalitat última de dissenyar programes de prevenció el més específics possible. Aquesta afirmació també la suggereixen autors com McGirr, Paris, Lesage, Renaud i Turecki (2009) el quals proposen la necessitat de centrar-se en altres tipus de perfils, concretament en aquelles persones que han sofert algun tipus de pèrdua important i que són alhora emocionalment inestables. També Brown et al. (2000) proposen implementar estratègies de prevenció focalitzades en aquells factors de risc que són altament modificables com la desesperança o la desocupació. En aquest sentit, l'ús de l'AP ens permet identificar aquests diferents col·lectius de risc a un nivell molt més específic que les dades generals d'epidemiologia d'una regió i, per tant, ens pot ajudar a millorar els processos diagnòstics.

Per la seva part, Cavanagh et al. (2003) creuen que els estudis futurs s'haurien d'orientar a determinar les possibles interaccions entre els trastorns mentals més prevalents (trastorns depressius i addiccions) i les situacions socials de vulnerabilitat

com l'aïllament i la soledat. L'aïllament social produeix un biaix cognitiu en la cognició social, podent afectar a nivell emocional, de comportament i interpersonal i, consegüentment, en la presa de decisions (Cacioppo i Hawkey, 2009). Per aquest motiu, una part important dels programes de prevenció haurien de tenir com a objectiu la millora del suport social i la minimització de l'aïllament social, especialment en aquells col·lectius més vulnerables als trastorns afectius.

Alhora, en base als nostres resultats, creiem important l'observació i tractament de grups específics, com són les persones diagnosticades d'alguna malaltia orgànica crònica amb pronòstic irreversible i analitzar si, a partir del diagnòstic, els processos cognitius deriven cap a la ideació suïcida i la planificació de possibles temptatives. Cal destacar que les persones amb algun tipus de malaltia crònica tenen una major prevalença de trastorns depressius i/o ansiosos (Stanton et al., 2007), probablement vinculat al diagnòstic, el procés d'adaptació i a la simptomatologia de la mateixa malaltia, que pot induir sentiments de desesperança i poques perspectives de tenir un futur amb qualitat de vida.

Una altra línia ve derivada dels casos detectats de trastorns mentals, però també amb infradiagnòstic, sobretot de trastorns afectius. S'evidencia una necessitat important de revisar els tractaments actuals rebuts per part dels col·lectius de risc (Isometsa, 2001) amb la voluntat de millorar-los i fer-los més efectius (Gómez et al., 2014). En la mostra d'estudi s'observa una situació dispar, doncs moltes de les persones complien criteris diagnòstics, però no seguien tractament i, en molts casos, hi havia una simptomatologia clara malgrat que la persona no hagués buscat l'ajuda d'un professional.

Pel que fa a l'instrument en sí, una de les necessitats més compartides seria la d'arribar a unificar procediments per tal de facilitar la recerca, la comparativa entre estudis i poder estandarditzar-ne l'ús (Knoll, 2009; Robles et al., 2013). De forma similar, Díaz (2014) afegeix la necessitat d'incrementar l'aplicació de l'AP en el nostre país, ja que, en comparació a d'altres països de parla hispana i anglosaxona, el seu ús no està generalitzat.

Un altre punt important a desenvolupar és la creació d'un protocol de tractament pels familiars en dol per suïcidi, doncs tal com s'ha evidenciat a partir de l'ús de l'AP, sovint aquestes persones no disposen dels recursos necessaris per fer front a una mort d'aquestes característiques.

Finalment, una última línia de recerca proposada per Isometsa (2001) podria estar focalitzada en la combinació de l'AP amb la cerca de marcadors biològics, principalment aquells relacionats amb trastorns mentals com els nivells de serotonina circulant o l'expressió genètica de la seva recaptació.



## 5.5. Fortaleses i limitacions

El present estudi, presenta una sèrie de fortaleses i limitacions que cal tenir en compte per a la seva valoració.

En primer lloc, en destaquem les principals fortaleses:

L'estudi dut a terme se situa com a pioner a Catalunya. Pel que sabem i hem vist en la literatura, no hi ha, a Catalunya, altres estudis que hagin utilitzat el mètode de l'AP per a la investigació del suïcidi consumat. L'estudi el centrem específicament a la comarca d'Osona, on el percentatge de suïcidis és dels més alts de Catalunya, i permet entendre i aprofundir millor en el fenomen del suïcidi.

Pel que fa a la mostra, s'aconsegueixen les dades de totes les morts per suïcidi a la comarca d'Osona durant el període d'estudi i, gairebé el 50% dels casos s'analitzen mitjançant l'AP. A més, els participants entrevistats coincideixen a destacar dos aspectes positius i valorats com a útils de l'entrevista: per una banda, s'esmenta que si la investigació es dirigeix a poder focalitzar en mesures preventives, la seva participació és justificada. Per l'altra, malgrat no és l'objectiu principal de l'AP, tots els participants refereixen sentir alliberament al poder parlar de la situació viscuda després de l'etapa inicial de xoc i, per tant, l'estudi i la utilització de l'AP compleix una funció de drenatge emocional, tal com s'esmenta en la literatura. A més, de forma indirecta ha servit també per a detectar familiars amb criteris clínics o subclínics desenvolupats a partir de la mort del familiar.

Finalment, la utilització d'un mètode estandarditzat i sistematitzat d'AP permet millorar la fiabilitat i validesa dels resultats permetent, en un futur, que aquests puguin ser comparats i contrastats amb estudis futurs.

En segon lloc, en destaquem les principals limitacions:

Una de les limitacions més importants és, sens dubte, la mida reduïda de la mostra, doncs l'estudi està centrat en una delimitació geogràfica molt concreta, i en un període de temps relativament curt. Seria interessant per a futurs estudis ampliar

l'àrea geogràfica i el període de temps de reclutament de dades, així com també la submostra de casos que participin a l'AP.

Una altra limitació és la que ve donada per la metodologia en sí. Malgrat haver fet ús d'una tècnica sistematitzada i estandarditzada, l'AP no està exempta de certs biaixos metodològics, sobretot per tractar-se d'un estudi retrospectiu. Un dels més importants és la situació psicològica de l'entrevistat, doncs malgrat haver deixar un temps de processament del dol, cadascú reacciona d'una forma diferent i, les variables que envolten una mort no són homogènies. A part, també és possible haver topat amb el biaix de la memòria dels informants, o que hagin volgut amagar deliberadament alguna informació. En futurs estudis, aquesta limitació es podria millorar realitzant dues entrevistes a diferents membres de la família o coneguts del difunt.

També cal afegir que, malgrat la formació i expertesa de l'entrevistador, hi ha una important càrrega subjectiva en la interpretació de les respostes dels informants. Aquesta qüestió es podria minimitzar aplicant estudis de replicabilitat inter-observadors per veure la concordança de respostes quan dos professionals duen a terme la mateixa entrevista.

Finalment, és important destacar que, al ser un estudi pioner a Catalunya, ha estat difícil contactar amb l'equip de metges forenses i d'ABS de la comarca per tal d'explicar l'estudi, fet que hagués afavorit l'increment de les persones participants en l'AP. En aquest sentit, la formació i un major coneixement de l'AP per part d'aquests professionals sanitaris, podria haver incrementat considerablement la seva col·laboració en l'estudi.

## 6. Conclusions

---

Finalment, en base als resultats de l'estudi i la literatura consultada, les principals conclusions de la present tesi són:

- El perfil del suïcidi a Osona està format majoritàriament per homes d'entre 50 i 60 anys, sense antecedents psiquiàtrics ni controls per part dels serveis de salut mental. Aquest perfil és similar al perfil general a diferents països, però té unes peculiaritats locals com ara que la majoria estaven casats i no havien atemptat prèviament de suïcidi.
- En general, l'AP ha mostrat ser un mètode efectiu per al coneixement en profunditat de totes les característiques i situacions que envolten una mort per suïcidi, permetent aprofundir en diverses àrees de la vida del decés i detalls no registrats a les històries clíniques, així com també a casuístiques susceptibles de diagnòstic que s'havien normalitzat en la família. A més, l'AP ha permès donar un espai de postvenció a l'informant.
- La detecció de persones en situació d'infradiagnòstic posa de manifest la necessitat d'abordar amb major èmfasi el problema de l'estigmatització en salut mental, per tal de poder aplicar els programes de prevenció amb major efectivitat.
- Els programes de prevenció en suïcidi haurien d'anar focalitzats a millorar situacions modificables com l'aïllament social, la soledat, la desesperança o la desocupació, així com també promoure la resiliència en persones amb vulnerabilitat emocional. Així com també, millorar el tractament de trastorns mentals com la depressió i les addiccions, doncs són uns dels factors de risc més importants.

- La recerca futura hauria de centrar-se en ampliar l'ús de l'AP a nivell autonòmic i estatal per tal de poder desenvolupar programes de prevenció adaptats a les particularitats locals i amb diferents col·lectius de risc.
- En els centres hospitalaris i d'atenció primària seria recomanable disposar d'un protocol de tractament tant per als familiars en dol per suïcidi, com per als professionals sanitaris que treballen en aquest àmbit, amb la finalitat de donar recursos per tal d'afrontar aquestes situacions.

## 7. Bibliografía

---

- Ahrens, B., i Haug, J. (1996). Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. *Crisis*, 17(2), 59-63.
- Al-Waheeb, S., i Al-Kandary, N. (2015). Patterns of Suicide in Kuwait: a retrospective descriptive study from 2003–2009. *BMC public health*, 15(1), 527.
- Anseán, A. (2014). *Suicidios: Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida* (2ª ed. rev.) Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Antón-San-Martín, J. M., Sánchez-Guerrero, E., Pérez-Costilla, L., Labajos-Manzanares, M. T., Diego-Otero, Y. D., Benítez-Parejo, N., ... i López-Calvo, A. (2013). Factores de riesgo y protectores en el suicidio: un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. *Anales de psicología*, 29(3), 810-815.
- Apter, A., Plutchik, R. i van-Praag, H. M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(1), 1-5
- Barraclough, B. J. B. P., Bunch, J., Nelson, B., i Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *The British Journal of Psychiatry*, 125(587), 355-373.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, 10, 61-79.
- Bearman, P. S., i Moody, J. (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *American journal of public health*, 94(1), 89-95.

- Beck, A. T., i Weishaar, M. E. (1990). Suicide risk assessment and prediction. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*.
- Beck, A. T., Kovacs, M., i Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beck, A. T., i Steer, R. A. (1988). Beck anxiety inventory (BAI). *BiB* 2010, 54.
- Berman, A. L., Silverman, M. M., i Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press.
- Bíblia Catalana Interconfessional (Ed. Rev.). (2007). Barcelona: Associació Bíblica de Catalunya, Editorial Claret, Societats Bíbliques Unides.
- Bille-Brahe, U. (1998). Suicidal behaviour in Europe. World Health Organization/Regional Office for Europe.
- Bobes, J., Giner, J. i Sáiz, J. (2011) Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Tricastela.
- Bolton, J. M., Cox, B. J., Afifi, T. O., Enns, M. W., Bienvenu, O. J., i Sareen, J. (2008). Anxiety disorders and risk for suicide attempts: findings from the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Depression and Anxiety*, 25(6), 477-481.
- Bosrwick, J. M., i Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1925-1932.

- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M., i Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1871-1877.
- Brown, G. K. (2001). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults.*
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., i Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 371.
- Buglass, D. i Horton, J. (1974). A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 124(583), 573-578.
- Bullman, T. A., i Kang, H. K. (1994). Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *The Journal of nervous and mental disease*, 182(11), 604-610.
- Cacioppo, J. T., i Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in cognitive sciences*, 13(10), 447-454.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., i Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1), 140.
- Camus, A. (2006). El mito de Sísifo, trad. de E. Benítez, Madrid, Alianza.
- Carmona, J. A. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 2(3), 316-339.

- Casas, J.D i Rodríguez, M. S. (2000). Manual de Medicina Legal y Forense. Madrid: Constitución y Leyes, S.A.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., i Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and society*, 25(01), 41-67.
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., i Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological medicine*, 33(03), 395-405.
- Ceballos-Espinoza, F. (2015). Aplicación forense de la autopsia psicológica en muertes de alta complejidad. *Anuario de psicología jurídica*, 25(1), 65-74.
- Chachamovich, E., Haggarty, J., Cargo, M., Hicks, J., Kirmayer, L. J., i Turecki, G. (2013). A psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability. *International journal of circumpolar health*, 72.
- Chandy, J. M., Blum, R. W., i Resnick, M. D. (1996). Female adolescents with a history of sexual abuse: Risk outcome and protective factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(4), 503-518.
- Chan, K. P., Hung, S. F., i Yip, P. S. (2001). Suicide in response to changing societies. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
- Cheng, A. T., Chen, T. H., Chen, C. C., i Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 360-365.
- Chinchilla, A. (2010). Manual de urgencias psiquiátricas (2a ed.). Barcelona: Masson



Consell Comarcal Osona. (2017). Consultat el dia 20 d'abril 2017, des de <https://www.ccosona.cat>

Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., i Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 465-476.

Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., i Montgomery, P. (2013). The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLoS one*, 8(10), e77555.

Davidson, C. L., Babson, K. A., Bonn-Miller, M. O., Souter, T., i Vannoy, S. (2013). The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide and life-threatening behavior*, 43(3), 279-289.

De Arco, J. N., i Huici, T. (2005). El uso de la autopsia psicológica forense en el proceso penal. *Identidad jurídica*, 1, 235-242.

De la Grandmaison, G. L., Watier, L., Cavard, S., i Charlier, P. (2014). Are suicide rates higher in the cancer population? An investigation using forensic autopsy data. *Medical hypotheses*, 82(1), 16-19.

Department of the Army (1988). Suicide prevention and psychological autopsy. Boletín Nº 600. Consultat el 20 de novembre 2016, des de: [http://www.usapa.army.mil/pdffiles/p600\\_24.pdf](http://www.usapa.army.mil/pdffiles/p600_24.pdf)

Díaz, C. M. V. (2014). La psicología aplicada a la investigación criminal: la autopsia psicológica como herramienta de evaluación forense. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, (16), 2.

- Diekstra, R. F. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(S371), 9-20.
- Dyck, M. J. (1991). Positive and negative attitudes mediating suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(4), 360-373.
- Durkheim, É. (1897). *El suicidio*. Madrid: Akal
- Ebert, B. (1991). Guide to conducting a psychological autopsy. The handbook of medical psychotherapy cost: effective strategies in mental health. Lewiston: Hohrefe & Huber, 249-56.
- Eurostat (2016). Consultat el dia 15 d'abril de 2017, des de [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/File:Deaths\\_from\\_suicide](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/File:Deaths_from_suicide)
- Everall, R. D., Altrows, K. J., i Paulson, B. L. (2006). Creating a future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling and Development: JCD*, 84(4), 461.
- Fawcett, J., Busch, K. A., Jacobs, D., Kravitz, H. M., i Fogg, L. (1997). Suicide: A Four-pathway Clinical-Biochemical Model. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836(1), 288-301.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., i Beautrais, A. L. (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?. *Archives of general psychiatry*, 56(10), 876-880.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., i Williams, J. B. (1995). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders. New York: New York State Psychiatric Institute.

- Forman, E. M., Berk, M. S., Henriques, G. R., Brown, G. K., i Beck, A. T. (2004). History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 437-443.
- Fundación Salud Mental España (2017). Consultat el 20 d'abril de 2017, des de <https://www.fsme.es/>
- García, T. (1998). La autopsia psicológica en el suicidio. *Medicina Legal de Costa Rica*, 15(1-2), 22-24.
- Garcia-Caballero A, Recimil MJ, Tourino R, Garcia-Lado I, Alonso MC, Werlang B, et al. (2010). Adaptation and Validation of the Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPPA) in Spanish. *Actas Esp Psiquiatr*;38(6):332–9
- Gili, M., García, C. J., i Roca, M. (2014). Economic crisis and mental health. SESPAS Report 2014. *Gaceta sanitaria/SESPAS*, 28, 104-108.
- Giner, L., i Guija, J. A. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 139-146.
- Goertemiller, C., i Lynch, D. J. (2003). Managing suicide attempts: guidelines for the primary care physician. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 5(4), 169.
- Gómez Ch, A., Opazo, R., Levi, R., Ch, G., Soledad, M., Ibáñez, C., i Núñez, C. (2014). Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(1), 9-19
- González, A., Betancur, Á. R., Aristizábal, A., Valencia, J. G., Palacio, C., i Jaramillo, C. L. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(2), 251-267.

- Gunnell, D., Bennewith, O., Hawton, K., Simkin, S., i Kapur, N. (2005). The epidemiology and prevention of suicide by hanging: a systematic review. *International Journal of Epidemiology*, 34(2), 433-442.
- Hamdan, S., Melhem, N., Orbach, I., Farbstein, I., El-Haib, M., Apter, A., i Brent, D. (2012). Protective factors and suicidality in members of Arab kindred. *Crisis*.
- Hawton, K., Appleby, L., Platt, S., Foster, T., Cooper, J., Malmberg, A., i Simkin, S. (1998). The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord*, 50(2-3), 269-276.
- Hawton, K., Comabella, C. C., Haw, C., i Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1), 17-28.
- Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E., i Bond, A. (1997). Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 171(6), 556-560.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., i Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, 187(1), 9-20.
- Heikkinen, M. E., Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Marttunen, M. J., Aro, H. M., i Lönnqvist, J. K. (1997). Psychosocial factors and completed suicide in personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(1), 49-57.
- Heila, H., Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., i Heikkinen, M. E. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age-and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 154(9), 1235.

- Herrell, R., Goldberg, J., True, W. R., Ramakrishnan, V., Lyons, M., Eisen, S., i Tsuang, M. T. (1999). Sexual orientation and suicidality: a co-twin control study in adult men. *Archives of General Psychiatry*, 56(10), 867-874.
- Herrera, J., Coronado, A., i Ruvalcaba, F. (2013). Propuesta de un protocolo para la ejecución de Autopsia Psicológica empleando sociometria conductual. *Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada*, 11.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., i Leenaars, A. A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed?. *Death Studies*, 36(7), 605-626.
- Holmes, T. H., i Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Horowitz, L. M., Wang, P. S., Koocher, G. P., Burr, B. H., Smith, M. F., Klavon, S., i Cleary, P. D. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 107(5), 1133-1137.
- Institut d'Estadística de Catalunya. (2017). Consultat el dia 20 d'abril de 2017, des de <https://www.idescat.cat>
- Institut d'Estudis Catalans. (2017). Diccionari de la llengüa catalana. Consultat el 15 d'abril 2017, des de <http://dlc.iec.cat>
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). Seguridad y Justicia: Estadística de suicidio en España. Consultat el dia 20 d'abril de 2017, des de [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176797&menu=resultados&idp=1254735573206)

- Isometsä, E. T. (2001). Psychological autopsy studies—a review. *European psychiatry*, 16(7), 379-385.
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., i Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in bipolar disorder in Finland. *The American journal of psychiatry*.
- Jiménez, I. A. (2001). La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 30(3), 271-276.
- Jiménez, J., Arrufat, F. X., Carrera, R. i Gay, M. (2012). Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona). *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 131–136.
- Johnson, J., Wood, A. M., Gooding, P., Taylor, P. J., i Tarrier, N. (2011). Resilience to suicidality: The buffering hypothesis. *Clinical psychology review*, 31(4), 563-591.
- Kleiman, E. M., i Liu, R. T. (2014). Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample: religious service attendance as a protective factor. *The British Journal of Psychiatry*, 204(4), 262-266.
- Knoll IV, J. L. (2008). The psychological autopsy, part I: applications and methods. *Journal of Psychiatric Practice*®, 14(6), 393-397.
- Knoll IV, J. L. (2009). The psychological autopsy, part II: Toward a standardized protocol. *Journal of Psychiatric Practice*®, 15(1), 52-59.
- Knoll, J. L., i Hatters-Friedman, S. (2015). The homicide–suicide phenomenon: findings of psychological autopsies. *Journal of forensic sciences*, 60(5), 1253-1257.
- Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of epidemiology and community health*, 54(4), 254-261.

- Kübler-Ross, E. (1989). *Les derniers instants de la vie*. Ginebra: Labor et Fides.
- Kubrin, C. E., i Wadsworth, T. (2009). Explaining Suicide Among Blacks and Whites: How Socioeconomic Factors and Gun Availability Affect Race-Specific Suicide Rates. *Social Science Quarterly*, 90(5), 1203-1227.
- Kumar, U., i Pradhan, R. K. (2003). Correlates of suicide ideation: a factor analytic study. *Social Science International*, 19(1), 36-43.
- Lamb, T. F. (2006). A systematic review of deliberate self-harm assessment instruments. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66(10-B), 5686.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... i Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*, 12(5), 224-231.
- LeCubrier, Y. (2001). The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *Eur Psychiatry*, 16, 395-399.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*, 1(1), 5-18.
- Legido, T. (2012). *La conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos* (Tesi doctoral, Universidad de Alcalá, Comunidad de Madrid).
- Lejoyeux, M., Leon, E., i Rouillon, F. (1993). Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *L'Encephale*, 20(5), 495-503.
- Lester, D. (2009). A proposal for a nomenclature for suicide. *Psychol Rep*, 105, 685-686.

- Litman, R. (1989). Suicides: What do they have in mind. *Suicide: understanding and responding: Harvard Medical School perspectives*, 143.
- Litman, R. (1989). 500 psychological autopsies. *Journal of Forensic Science*, 34(3), 638-646.
- López, B., Fonseca, R. H., i Bobes, J., (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemilógicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3, 309–412.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4(10), 819-828.
- Mann, J. J., Oquendo, M., Underwood, M. D., i Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 7-11.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., i Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 181-189.
- Maris, R. W., Berman, A. L., i Silverman, M. M. (2000). Treatment and prevention of suicide. *Comprehensive text book of suicidology*, 509-35.
- Maxwell, M. E. (1992). Family Interview for Genetic Studies (FIGS): a manual for FIGS. Clinical Neurogenetics Branch, Intramural Research Program, National Institute of Mental Health, Bethesda, MD.



- McGirr, A., Paris, J., Lesage, A., Renaud, J., i Turecki, G. (2009). An examination of DSM-IV borderline personality disorder symptoms and risk for death by suicide: a psychological autopsy study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 87-92.
- Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P., i Jurkovic, G. J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American journal of community psychology*, 36(1-2), 109-121.
- Meyer, R. E., Salzman, C., Youngstrom, E. A., Clayton, P.J., Goodwin, F.K., Mann, J.J.,... Sheehanet, D. V. (2010). Suicidality and Risk of Suicide—Definition, Drug Safety Concerns, and a Necessary Target for Drug Development: A Brief Report. *J Clin Psychiatry*, 71(8), 1040-1046.
- Miles, C. P. (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *The Journal of nervous and mental disease*, 164(4), 231-246.
- Milner, A., Sveticic, J., i De Leo, D. (2013). Suicide in the absence of mental disorder? A review of psychological autopsy studies across countries. *International journal of social psychiatry*, 59(6), 545-554.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Mortensen, P. B., i Juel, K. (1993). Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 163(2), 183-189.
- Moscicki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 499-517.

- Motto, J. A. (1991). An integrated approach to estimating suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 21(1), 74-89.
- Murphy, G. E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive psychiatry*, 39(4), 165-175.
- Niederkrötenhaler, T., Fu, K. W., Yip, P. S., Fong, D. Y., Stack, S., Cheng, Q., i Pirkis, J. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *Journal of epidemiology and community health*, 66(11), 1037-1042.
- Nieto-Rodríguez, E., Vieta-Pascual, E., Gasto-Ferrer, C., i Cierra-Costa, E. (1992). Variables implicadas en la elección del método y la letalidad de los intentos de suicidio. In *Anales de Psiquiatría* (Vol. 8, No. 8, pp. 300-303).
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C. .B, Kessler, R. C., i Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Revista d'Epidemiologia*,30(1),133–154.
- Organització Mundial de la Salut (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicología.
- Organització Mundial de la Salut (2010). Towards evidence-based suicide prevention programmes.
- Organització Mundial de la Salut (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Ginebra: Organització Mundial de la Salut.
- Organització Mundial de la Salut (2017). Global Health Observatory Data: suicide rates. Consultat el 30 de maig 2017, des de: [http://www.who.int/gho/mental\\_health/suicide\\_rates/en/](http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/)

- Palomo, J. L., Ramos, V., Mera, C., i López, A. M. (2010). Diagnóstico del origen y la causa de la muerte después de la autopsia médico-legal (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(4), 217-229.
- Paraschakis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Koutsaftis, F., Lykouras, L., & Douzenis, A. (2015). Frequency and Characteristics of Suicide “warners” in a Sample of Suicide Victims From Greece. *European Psychiatry*, 30, 947.
- Pérez, S. E. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217
- Plutchik, R., Van Praag, H. M., i Conte, H. R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two- stage model of countervailing forces. *Psychiatry Research*, 28(2), 215-225.
- Pompili, M., Innamorati, M., Di Vittorio, C., Baratta, S., Masotti, V., Badaracco, A., ... i Amore, M. (2014). Unemployment as a risk factor for completed suicide: a psychological autopsy study. *Archives of Suicide Research*, 18(2), 181-192.
- Posner, K., Brent, D., Lucas, C., Gould, M., Stanley, B., Brown, G., ... i Mann, J. (2008). Columbia-suicide severity rating scale (C-SSRS). New York, NY: Columbia University Medical Center.
- Pouliot, L., i De Leo, D. (2006). Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 491-510.
- Presentación, J. A., Ventura, M. E., i Canet, A. (2004). La autopsia psicológica en medicina legal y forense. *Boletín Galego de Medicina Legal e Forense*, 13, 7-13.
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española. Consultat el 15 d'abril 2017, des de <http://dle.rae.es>

- Rezaeiana, M., (2013). Epidemiology of self-immolation. *Burns*, 39(1),184-186.
- Ricardo, D. G., i Ciselli, G. (2014). La autopsia psicológica. Revisiones y aportes. *Informes Científicos-Técnicos UNPA*, 4(2), 150-175.
- Rich, C. L., & Warsrad, G. M. (1991). Suicide, stressors, and the life cycle. *The American journal of psychiatry*, 148(4), 524.
- Robles, J. I., Acinas, M. P., i Pérez-Iñigo, J. L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Ed. Síntesis.
- Roy, A., Carli, V., i Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal of affective disorders*, 133(3), 591-594.
- Roy, A., Schreiber, J., Mazonson, A., i Pickar, D. (1986). Suicidal behavior in chronic schizophrenic patients: a follow-up study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(8), 737-740.
- Rudd, M. D., Joiner, T. E., i Rajab, M. H. (2004). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. Guilford Press.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 385-404.
- Salmon, D. P., Rush, J., First, M. B., i Blacker, D. (2000). Neuropsychiatric measures for cognitive disorders. In *Handbook of Psychiatric Measures* (pp. 417-455). American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Schulsinger, F. (1979). A family study of suicide. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*, 277-287.

- Sher, L. (2013). Psychological autopsy studies: Past, present, and future. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 0004867413479071.
- Shneidman, E.S. (1985). *Definition of suicide*. Nova York: Wiley.
- Shneidman, E. (1996). Final thoughts and reflections. *The suicidal Mind*.
- Shneidman, E. S., Farberow, N. L., i Litman, R. E. (1970). *The psychology of suicide*.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal. N. D., O 'Carroll, P. W., Joiner, T. E., Leo, D.,... Joiner, Jr. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Sisask, M., i Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 9(1), 123-138.
- Sisask, M., Värnik, A., Kolves, K., Konstabel, K., i Wasserman, D. (2008). Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(6), 431-435.
- Somasundaram, D. J., i Rajadurai, S. (1995). War and suicide in northern Sri Lanka. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 1-4.
- Stanley, B., Träskman-Bendz, L., i Stanley, M. (1986). The suicide assessment scale: a scale evaluating change in suicidal behavior. *Psychopharmacology bulletin*, 22(1), 200.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. F. J. M., Bjerke, T., Crepef, P., ... i Pommereau, X. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and

sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327-338.

Smilkestein G. (1978) Apgar familiar, una herramienta para detectar la disfunción familiar. *Revista médica La Paz*.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., i Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 565-592.

Suïcidi (1980). Dins *Gran Enciclopèdia Catalana* (Vol. 14, p. 50). Barcelona: Enciclopèdia Catalana.

Sullivan, M. D. (1997). Maintaining good morale in old age. *Western journal of medicine*, 167(4), 276.

Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., i Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 194(2), 104-110.

Terroba, G., i Saltijeral, M. T. (1983). The psychological autopsy as a method of studying suicide. *Salud publica de Mexico*, 25(3), 285-293.

Tondo, L., Isacson, G., i Baldessarini, R. J. (2003). Suicidal behaviour in bipolar disorder. *CNS drugs*, 17(7), 491-511.

Torres R.I. (2007) Autopsia psicológica: evaluación crítica y su aplicabilidad en el ámbito forense. *Anu Psicol jurídica*; (17):111–30.

Tuesca, R., i Navarro, E. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud uninorte*, 17.

- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 30(6):398-408.
- Van Praag, H. M. (1996). Serotonin-related, anxiety/aggression-driven, stressor-precipitated depression. A psycho-biological hypothesis. *European Psychiatry*, 11(2), 57-67.
- Vega-Piñero, M., Blasco-Fontecilla, H., Baca-García, E., i Díaz-Sastre, C. (2002). El suicidio. *Salud Global*, 2, 1-15
- Wang, R. H., Lai, H. J., Hsu, H. Y., i Hsu, M. T. (2011). Risk and protective factors for suicidal ideation among Taiwanese adolescents. *Nursing research*, 60(6), 413-421.
- Weisman, A. D., i Worden, J. W. (1972). Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 26(6), 553-560.
- Werlang, B. G., i Botega, N. J. (2003). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 212-219.
- Westerlund, M., Hadlaczky, G., i Wasserman, D. (2012). The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *Journal of medical Internet research*, 14(5), e122.
- Wetzel, R. D. (1975). Self-concept and suicide intent. *Psychological reports*, 36(1), 279-282.
- Wilkinson, G., i Smeeton, N. (1987). The repetition of parasuicide in Edinburgh 1980–1981. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 22(1), 14-19.

- Wintemute, G. J., Parham, C. A., Beaumont, J. J., Wright, M., i Drake, C. (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, 341(21), 1583-1589.
- Wong, P. W., Chan, W. S., Conwell, Y., Conner, K. R., i Yip, P. S. (2010). A psychological autopsy study of pathological gamblers who died by suicide. *Journal of affective disorders*, 120(1), 213-216.
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., Miyashita, K., i Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental health and preventive medicine*, 13(5), 243-256.
- Young, T. J. (1992). Personality assessment in equivocal deaths. *Journal of personality assessment*, 58(2), 430-431.
- Ystgaard, M., Arensman, E., Hawton, K., Madge, N., van Heeringen, K., Hewitt, A., ... i Fekete, S. (2009). Deliberate self-harm in adolescents: comparison between those who receive help following self-harm and those who do not. *Journal of adolescence*, 32(4), 875-891.
- Ystgaard, M., Hestetun, I., Loeb, M., i Mehlum, L. (2004). Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior?. *Child abuse & neglect*, 28(8), 863-875.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.



## **8. Annex**

---

### **8.1. Annex 1. Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi**



**FORES**

## **Informe del CEIC d'aprovació de l'estudi**

Dr. Eduardo Kanterewicz, President del Comitè Ètic d' Investigació Clínica de la Fundació d'Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES)

Faig constar

Que d'acord amb els antecedents documentals que existeixen en els arxius del CEIC,

**NAUDO MOLIST JORDI**

consta en qualitat d'investigador/a principal del projecte:

**"Aplicació del mètode d'autòpsia psicològica, com a eina per a la detecció de patologia mental i factors de risc biopsicosocials en els suïcidis consumats"**

Codi CEIC 2009838

Codi Propi PR68

I va ser aprovat per aquest CEIC el 18/06/2013.

**Eduardo Kanterewicz**

**FORES**  
COMITÈ ÈTICA  
D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA  
C. Francesc Pla «El Vigatà», 1  
08500 VIC

Vic, 28 de juny de 2013



## **8.2. Annex 2. Full de consentiment informat per als participants**



### **Full d'Informació**

Benvolgut/Benvolguda,

Ens posem en contacte amb vostè amb la finalitat d'informar-lo entorn a un estudi d'investigació dins el camp de la salut mental que està realitzant el psicòleg, Sr Jordi Naudó Molist, al qual hi participa la Universitat de Vic i el Consorci Hospitalari de Vic.

Sol·licitem la seva participació en l'estudi, permetent que el psicòleg li faci una entrevista semi-estructurada, anomenada Autòpsia Psicològica, on se li demanaran qüestions relacionades amb la persona que ha mort recentment.

L'entrevista en qüestió, és una eina vàlida, que permet obtenir una informació àmplia entorn a la situació i l'estat mental del decés just abans de la seva conducta autolítica.

L'ús de l'autòpsia psicològica ens permet aproximar-nos a conèixer aspectes com, perquè es dona la mort en un moment determinat, quin era l'estat psicopatològic de la persona en el període anterior a la mort, establir la verdadera causa de mort, i identificar nous factors de risc que permetin avançar en la identificació de conductes de risc.

L'objectiu de l'estudi és d'identificació de factors de risc que ens permetin la millora de les estratègies de prevenció de suïcidi de cara al futur.

L'entrevista tindrà una durada d'una hora i mitja aproximadament, i es donarà dins un context prèviament acordat entre el familiar/persona propera i l'investigador.

Per les qüestions anteriorment exposades, demanem la seva col·laboració a formar part de l'estudi i igualment assegurar que les dades obtingudes restaran en tot moment sota confidencialitat.

Agraïm sincerament la seva participació.

Cordialment,

Jordi Naudó Molist

Psicòleg.Universitat de Vic

Dr. Francesc Xavier Arrufat

Salut Mental. Consorci Hospitalari de Vic

**Consentiment**

El SR./SRA ..... ,  
amb DNI: :.....declara que:

- ◆ Ha rebut i comprès amb claredat la informació sobre la naturalesa i objectius d'aquest estudi.
- ◆ Ha tingut l'oportunitat d'ampliar la informació i  **SI**  **NO** autoritza la seva realització.
- ◆ També sap que té la possibilitat de retractar-se d'aquesta autorització en qualsevol moment.

Telèfon de contacte:

Número Historia Clínica:

SIGNATURA

Vic, ..... d ..... de .....



### **8.3. Annex 3. L'Autòpsia Psicològica: el mètode SSIPA**



**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA  
AUTOPSIA PSICOLÓGICA  
Versión Española**

**A García Caballero, MJ Recimil, I García Lado, R Touriño et al.**

**SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE**

**En colaboración con el Ministerio de Justicia**

**J Jiménez Feliz**



## **ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA AUTOPSIA PSICOLÓGICA (ESAP) (Werlang, 2000)**

Número:

Iniciales:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Lugar de nacimiento:

Nivel de estudios:

Emigración (duración, lugar):

Situación laboral:

Tratamiento psiquiátrico (número de ingresos, unidad de referencia, acudía a consultas, tomaba tratamiento):

### **Genograma**

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA AUTOPSIA PSICOLÓGICA  
(ESAP) (Werlang, 2000)**

Número:

Entrevistador/es:

Fecha de la entrevista:

Lugar de la entrevista:

Duración de la entrevista:

Inicio:

Fin:

**INFORMANTES: identificación y relación con la víctima**

<b>1</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO (h/m)</b>	<b>RELACIÓN/ PARENTESCO</b>
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>7</b>				
<b>8</b>				
<b>9</b>				
<b>10</b>				

## EVALUACIÓN DE LAS CAUSAS PRECIPITANTES Y/O ESTRESORAS

¿Ocurrió algo antes de la muerte que, en su opinión, puede tener relación con lo sucedido? ¿Algo que le sucediera a XXXX? ¿Algo que haya ocurrido en la familia? ¿En las relaciones con otras personas? ¿En la escuela o en el trabajo? ¿En cuestiones de dinero u otras? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

### Especifique factores precipitantes negativos inmediatos:

A nivel personal ( ) si ( ) no  
a nivel familiar ( ) si ( ) no  
a nivel interpersonal ( ) si ( ) no  
a nivel académico ( ) si ( ) no  
a nivel ocupacional ( ) si ( ) no  
a nivel económico ( ) si ( ) no  
otros ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

### Especifique factores precipitantes positivos inmediatos:

A nivel personal ( ) si ( ) no  
a nivel familiar ( ) si ( ) no  
a nivel interpersonal ( ) si ( ) no

a nivel académico ( ) si ( ) no

a nivel ocupacional ( ) si ( ) no

a nivel económico ( ) si ( ) no

otros ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

**¿Cuál fue la reacción del/la fallecido/a ante ese/os acontecimiento/s?**

llanto ( ) si ( ) no

desesperación ( ) si ( ) no

frustración ( ) si ( ) no

tristeza ( ) si ( ) no

alegría ( ) si ( ) no

intolerancia a la frustración ( ) si ( ) no

otros ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

**¿Debido a ello, se modificó de alguna forma su comportamiento?**

- |                       |        |        |
|-----------------------|--------|--------|
| A nivel personal      | ( ) si | ( ) no |
| a nivel familiar      | ( ) si | ( ) no |
| a nivel interpersonal | ( ) si | ( ) no |
| a nivel académico     | ( ) si | ( ) no |
| a nivel ocupacional   | ( ) si | ( ) no |
| a nivel económico     | ( ) si | ( ) no |
| otros                 | ( ) si | ( ) no |

Especifique:

---

---

---

---



## EVALUACIÓN DE LA MOTIVACIÓN

**¿Por qué se produjo el suicidio? ¿Cuáles eran las razones que en su opinión tenía para querer morir?**

---

---

---

---

---

---

**¿Existían problemas psicosociales, ambientales o acontecimientos estresantes previos (no inmediatos)?\***

Problemas con el grupo de apoyo primario ( ) si ( ) no

(¿Cómo fue su vida en el entorno familiar? ¿Qué problemas tenía?)

Especifique:

---

---

---

Problemas relacionados con el ambiente social ( ) si ( ) no

(¿Qué tal se llevaba con los amigos, vecinos, etc.?)

---

---

---

Problemas ocupacionales ( ) si ( ) no

(¿Cómo era su vida en la escuela? ¿En el trabajo? ¿Qué problemas tenía?)

Especifique:

---

---

---

\* Las categorías aquí utilizadas son las propuestas en la evaluación de los problemas psicosociales y ambientales, Eje IV de Evaluación Multiaxial del DSM-IV.

---

---

---

Problemas de vivienda ( ) si ( ) no

(¿Cómo era la casa o el lugar en el que solía vivir? ¿Qué dificultades tenía?)

Especifique:

---

---

---

---

Problemas económicos ( ) si ( ) no

(¿Cómo manejaba los problemas económicos?)

Especifique:

---

---

---

---

Problemas con el acceso a los servicios de atención a la salud ( ) si ( ) no

(¿A dónde iba o a quién buscaba en caso de tener problemas de salud?

*¿Esperaba por ejemplo a que viniesen los hijos para llevarlo al médico?)(Cree*

*que su caso fue bien manejado por sus médicos/ psicólogos, se le prestó la*

*atención adecuada o en su opinión podía haberse hecho algo para evitar el*

*suicidio?)*

Especifique:

---

---

---

---

Problemas relacionados con la justicia ( ) si ( ) no

(¿Alguna vez tuvo problemas con la policía? *¿Tenía alguna denuncia o algún pleito?*)

Especifique:

---

---

---

---

Otros problemas psicosociales y ambientales ( ) si ( ) no

(¿Tenía alguna dificultad con la gente que conocía que no nos haya contado?)

Especifique:

---

---

---

---

Se exploran síntomas de mal funcionamiento en diferentes dominios

A nivel afectivo ( ) si ( ) no

(*Para ayudarme a entender lo que ha pasado, podría explicarme cómo era él/ella... ¿Cuáles eran los sentimientos que más expresaba? ¿Cómo decía sentirse normalmente? ¿Se quejaba de tristeza o desesperanza..?*)

Especifique:

---

---

---

---

En las funciones perceptivas ( ) si ( ) no

(¿Tenía problemas visuales, auditivos, táctiles, olfativos o de equilibrio?)

Especifique:

---

---

---

---

En las funciones cognitivas

(¿Cómo describiría a la persona en términos de inteligencia, capacidad de razonar, memoria, etc.?)

Especifique:

---

---

---

---

En las funciones somático-viscerales

( ) si ( ) no

(¿Solía quejarse de algo a nivel físico: estómago, hígado, vejiga, corazón, pulmón o cualquier otro órgano?)

Especifique:

---

---

---

---

En el sistema neurológico

( ) si ( ) no

(¿Tenía dolores de cabeza, mareos, desmayos, alteraciones del habla, pérdida de fuerza, convulsiones u otros problemas neurológicos?)

Especifique:

---

---

---

---

En las funciones vegetativas

( ) si ( ) no

(¿Tenía dificultades en relación con la comida, sueño o la sexualidad?)

Especifique:

---

---

---

---

Otros síntomas de mal funcionamiento ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

**Se exploran a continuación características de personalidad**

**¿Presentaba comportamientos como los siguientes?**

Preocupaciones o miedos con ensuciarse o contagiarse con algo, rituales de comprobación, actos repetitivos, ¿era una persona rígida, autocrítica, ordenada y perfeccionista? ( ) si ( ) no

(Tenía manías con la limpieza, el orden, de comprobar si la casa estaba bien cerrada, etc.?)

Especifique:

---

---

---

---

Miedos intensos a animales, a alturas, lugares abiertos, espacios cerrados, tiendas, multitudes, a salir de casa, a las tormentas, a la oscuridad

( ) si ( ) no

(¿Tenía miedo de alguna/s cosa/s?)

Especifique:

---

---

---

---

Comportamiento teatral, seductor, manipulador, presencia de quejas físicas y/o simulación de enfermedades ( ) si ( ) no

(¿Le gustaba “montar el show”? ¿Le gustaba ser el centro de atención?)

Especifique:

---

---

---

---

Se quejaba con frecuencia de tristeza, desánimo, desesperanza, baja autoestima, bradipsiquia, bradicinesia, etc. O por el contrario últimamente lo encontraban más activo de lo normal, hablaba mucho, gastaba más de lo habitual, estaba más irritable, no dormía... ( ) si ( ) no

(¿Solía tener “bajones” (deprimirse) con facilidad?)

Especifique:

---

---

---

---

Demostraba celos, envidia, no aceptaba la ayuda de los demás, su conducta era secreta y aislada, temía ser atacado o tratado injustamente, estaba tenso, inseguro y desconfiaba de los demás, tenía manía persecutoria

( ) si ( ) no

(¿Desconfiaba de los demás?)

Especifique:

---

---

---

---

Necesidad excesiva de cuidados, dificultades para tomar decisiones e iniciativas, sentía malestar y desamparo, era superdependiente, necesitado continuamente de apoyo, comportamiento controlador y exigente.

( ) si ( ) no

(¿Necesitaba mucho la ayuda de los demás?)

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nerviosismo, comportamiento agresivo, destructivo, mentiras, robo, provocación ( ) si ( ) no

(¿Estallaba con facilidad? ¿Usaba cualquier medio para conseguir lo que quería?)

Especifique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Actitudes distantes, aisladas, frías, retraídas, pocas actividades, pocas relaciones ( ) si ( ) no

(¿Era cerrado, frío, poco afectuoso, de pocos amigos?)

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comportamiento y comunicación desorganizados, perjuicio en todas las áreas, presencia de delirios y alucinaciones ( ) si ( ) no

(¿Tenía comportamientos extraños, diferentes a las otras personas? *¿pensó vd. en algún momento que tenía una enfermedad mental? ¿qué le hizo pensar eso?*)

Especifique:

---

---

---

---

Otros comportamientos  si  no

(¿Llamaba la atención por alguna otra conducta?)

Especifique:

---

---

---

---

### **Hechos asociados a la historia familiar**

Enfermedades físicas  si  no

(En su familia, qué enfermedades físicas fueron más comunes?)

Especifique:

---

---

---

---

Enfermedades psiquiátricas  si  no

(En la familia, hubo hospitalizaciones psiquiátricas o personas con enfermedad mental? ¿Cómo eran esa/s persona/s?)

Especifique:

---

---

---

---



Tratamientos médico/psicológico ( ) si ( ) no  
(Llegaron a consultar o a tomar algún tratamiento?)

Especifique:

---

---

---

---

Intentos de suicidio ( ) si ( ) no  
(¿Hubo algún intento de suicidio en la familia?)

Especifique:

---

---

---

---

Suicidios ( ) si ( ) no  
(¿Llegó a morir, alguien en la familia por suicidio?)

Especifique:

---

---

---

---

Antecedentes socioculturales (aspectos étnicos, religiosos, tradiciones, etc)

( ) si ( ) no

(¿Sus abuelos son de otro país? ¿Cuál es la religión de la familia? ¿Mantenia costumbres y hábitos diferentes?)

*(Aplicar sólo en casos de fallecimiento de extranjeros, en el resto de casos sustituir por antecedentes de emigración: sitio donde nació, años de emigración, fecha del retorno, adaptación al mismo, problemas socioeconómicos relacionados con la vuelta, expectativas previas, etc.)*

Especifique:

---

---

---

---

Antecedentes legales

( ) si ( ) no

(¿Hubo, en la familia, algún problema con la justicia?¿denuncias, pleitos..?)

Especifique:

---

---

---

---

## EVALUACIÓN DE LA LETALIDAD

¿Cómo se produjo el fallecimiento? ¿cómo encontraron a la víctima?

---

---

---

¿Método utilizado?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ahorcamiento  | <input type="checkbox"/> envenenamiento       |
| <input type="checkbox"/> arma de fuego | <input type="checkbox"/> instrumento cortante |
| <input type="checkbox"/> precipitación | <input type="checkbox"/> asfixia              |
| <input type="checkbox"/> ahogamiento   | <input type="checkbox"/> fuego- llamas        |
| <input type="checkbox"/> otros medios  |   |

Especifique:

---

---

---

---

¿Estaba este método a su alcance (*en el domicilio p. ej.*)?

- método fácilmente accesible
- método posiblemente accesible
- método difícilmente accesible
- método muy difícilmente accesible

Especifique:

---

---

---

---

¿Era fácil conseguirlo (se refiere a armas, medicaciones, u otros procedimientos de obtención no inmediata)?

- ( ) método rápidamente conseguible
- ( ) método fácilmente conseguible
- ( ) método posible de conseguir
- ( ) método difícil de conseguir
- ( ) método muy difícil de conseguir

**Especifique:**

---

---

---

---

¿Era muy probable que este método produjese la muerte?

**Especifique:**

---

---

---

---

¿Con qué rapidez?

**Especifique:**

---

---

---

---

## EVALUACIÓN DE LA INTENCIONALIDAD\*

¿Cómo llegó a ocurrir el suicidio? (pasos que lleva a cabo para producir la muerte)

---

---

---

---

Pruebas de la intención o deseo de morir

Durante el último año, ¿comentó o mostró intenciones o deseos de morir?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Hablaba de la muerte?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Decía que un día se iba a matar?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

\* En parte, la inclusión de esos ítem ha sido sugerida por el contenido de la Escala de Intencionalidad (Beck, Schuyler, Herman, 1974).

¿Decía que quería desaparecer?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Hablaba de matarse para manipular a los demás? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Decía que se iba a matar como si estuviese de broma? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

Afirmaba que, dadas las circunstancias (económicas, de salud, de relación con otros, profesionales, etc.), morir era la única opción? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Afirmaba que estaba cansado de luchar y morir era la única opción?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

---

¿Decía que se iba a matar pero nadie le creía? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Hablabá sobre sueños, pensamientos o premoniciones de muerte de otros o de si mismo? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

Leía y hacía comentarios sobre libros y temas periodísticos relacionados con la muerte? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Había intentado anteriormente matarse, pero sin éxito? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Parecía tener muchos accidentes o se veía mezclado con frecuencia en situaciones peligrosas?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

Otros

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

### **Planificación de la muerte**

¿Hizo algún preparativo antes de morir?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Dejó preparada alguna indicación en caso de que le ocurriera algo?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

¿Hizo testamento de forma reciente?

( ) si ( ) no

Especifique:

---



---

---

---

¿Regaló alguna de sus pertenencias o indicó a sus familiares alguna cosa en relación al reparto de las mismas? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Adquirió algún arma, cuerda, veneno, etc.? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Realizó alguna visita a familiares y/o amigos que no veía desde hacía mucho tiempo? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Dejó alguna nota o carta de despedida? ¿Dijo lo que iba a hacer?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Tomó alguna precaución para no ser interrumpido o socorrido (día, lugar, hora...)? ¿Dónde se produjo el hecho?

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Es posible afirmar que él hizo preparativos para el suicidio? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

¿Tuvo la oportunidad de avisar a alguien o de pedir ayuda? ( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

Otros

( ) si ( ) no

Especifique:

---

---

---

---

# **FORMULARIO PARA LA TOMA DE DECISIÓN (FTD)\***

**B Guevara Werlang**

Instrumento derivado de la tesis de doctorado titulada  
“Propuesta de una Entrevista Semiestructurada para la Autopsia Psicológica en Casos  
de Suicidio”  
**Campinas, SP. 2000.**

**Lea con atención las instrucciones.**

Este formulario ha sido creado con el objetivo de facilitar la evaluación de los términos-claves asociados al suicidio.

Antes de consultar los esquemas presentados a continuación, destacamos la importancia de examinar fuentes adicionales (datos básicos y periciales), para la toma de decisión.

**CASO N° \_\_\_\_\_**

**ESAP**

Evaluación de las causas precipitantes  
o de estrés

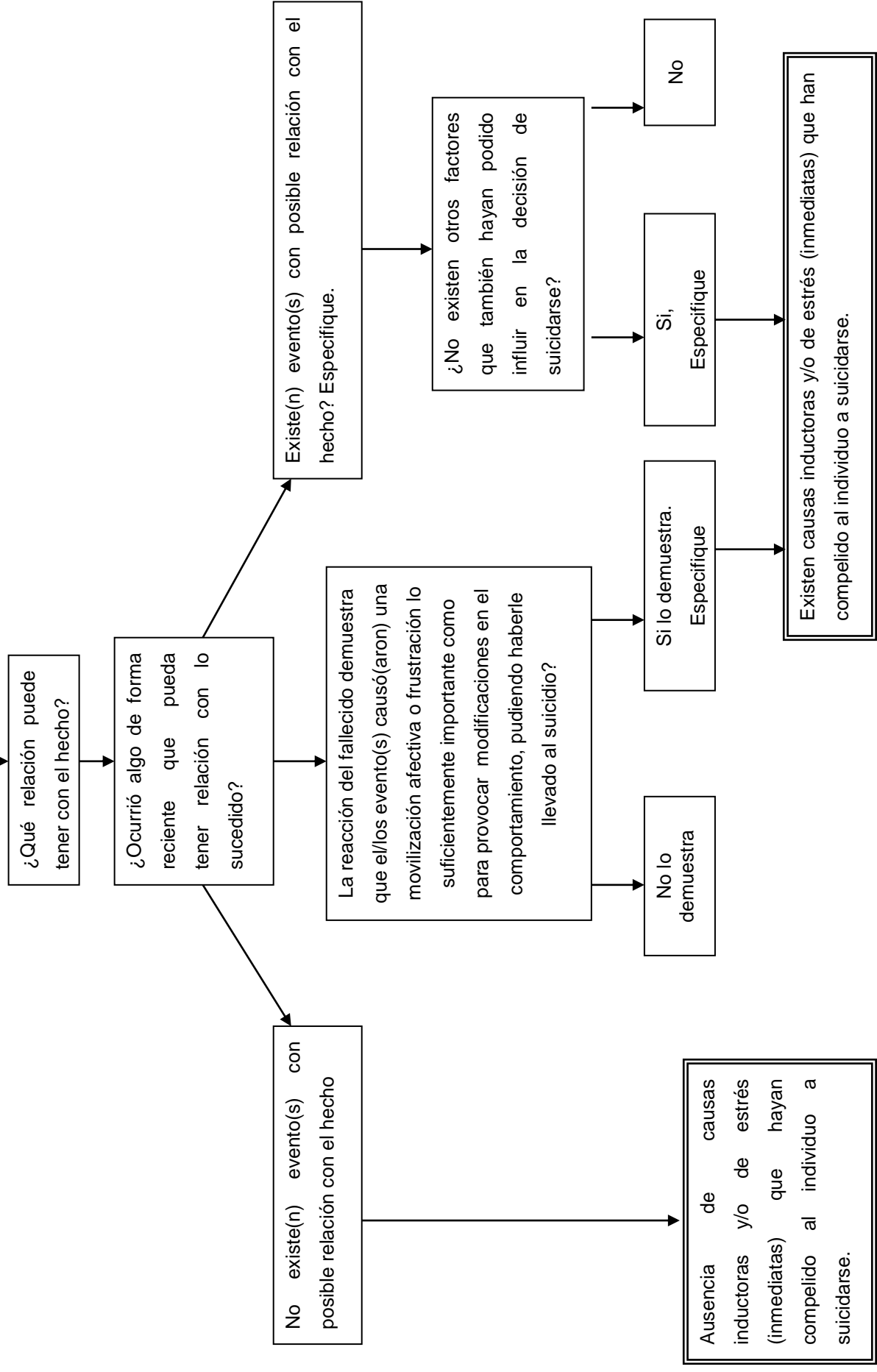
Evaluación de la motivación

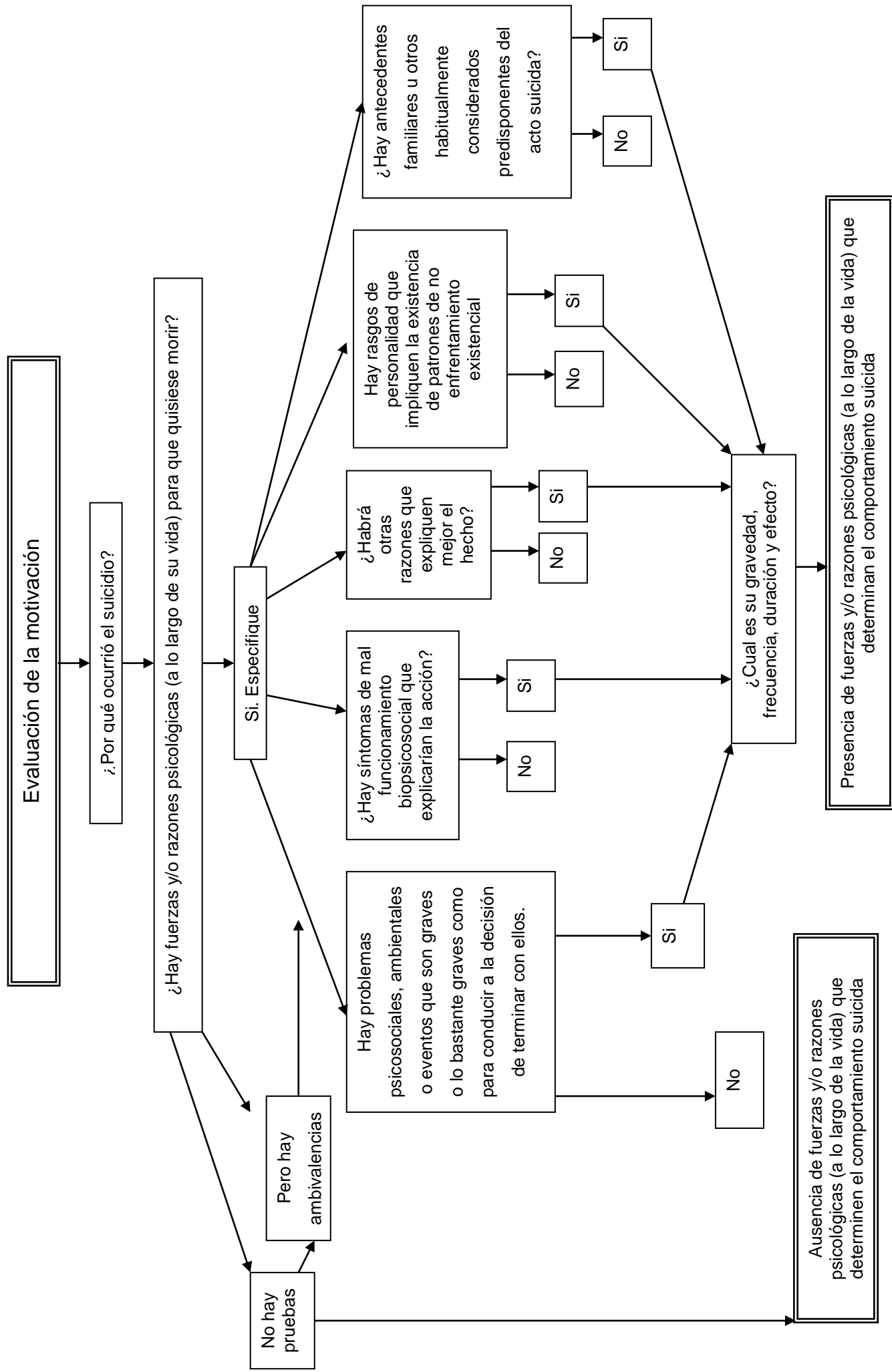
Evaluación de la letalidad

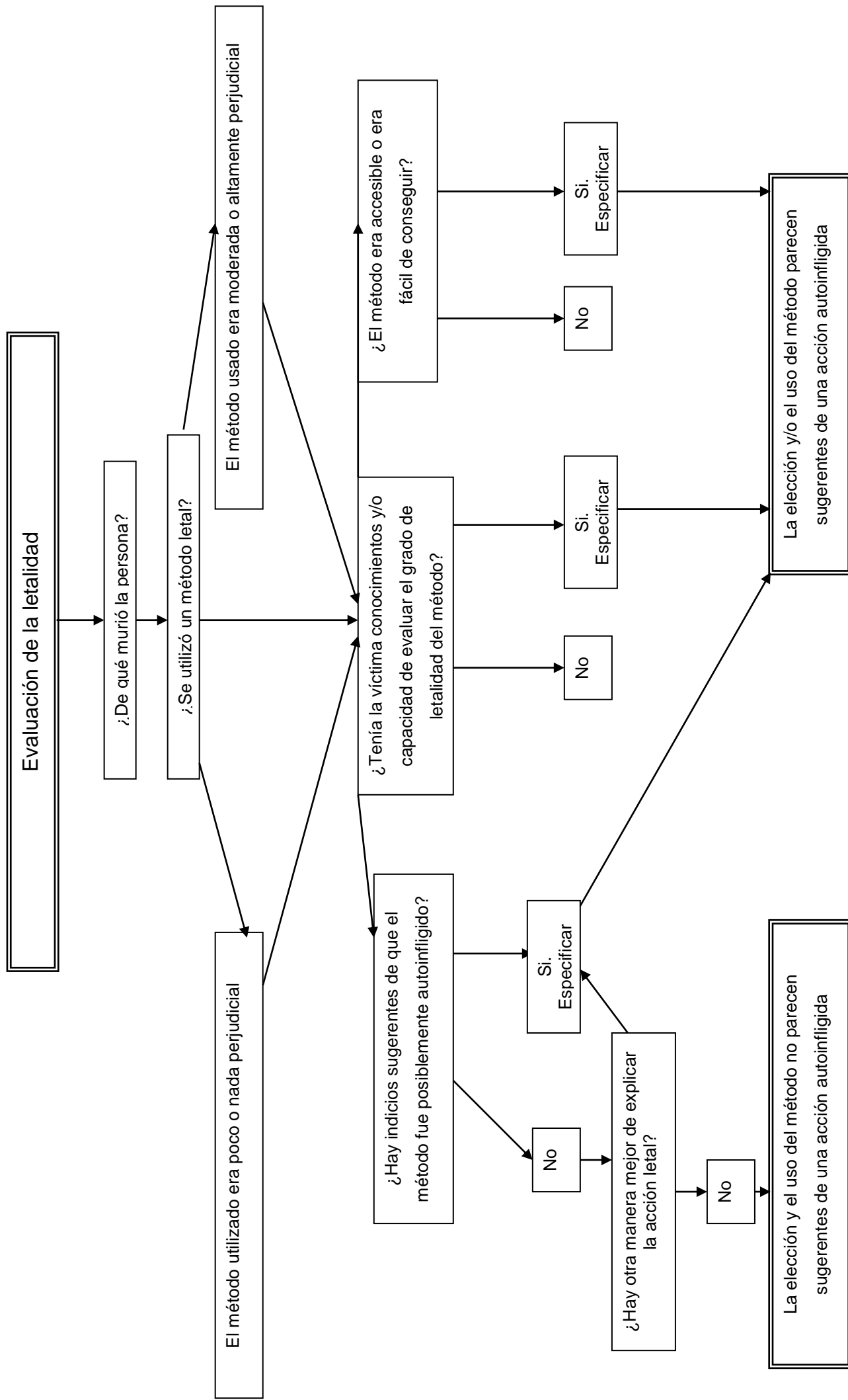
Evaluación de la intencionalidad

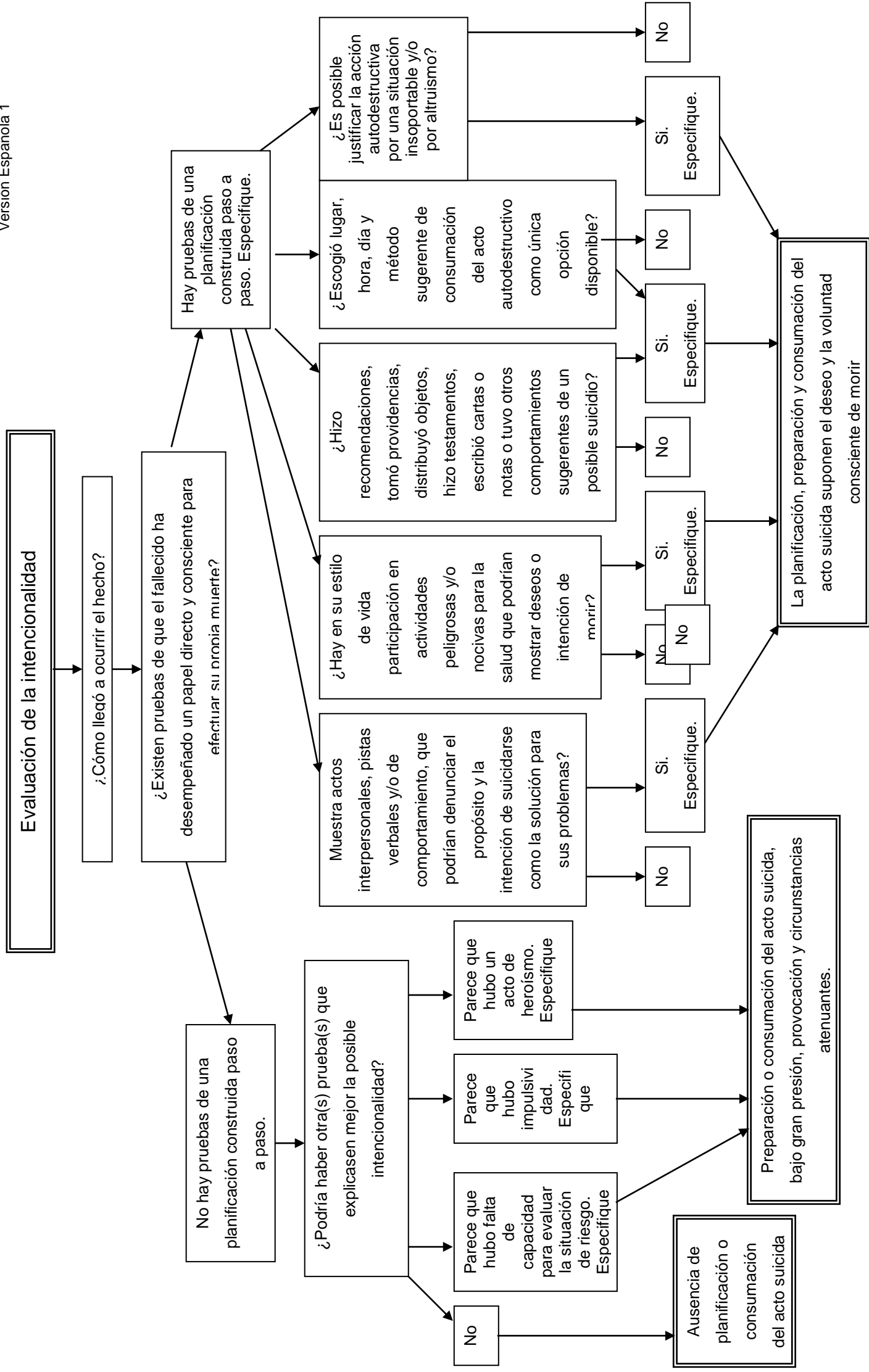
Resultado de la autopsia psicológica

## Evaluación de los precipitantes y/o estresores

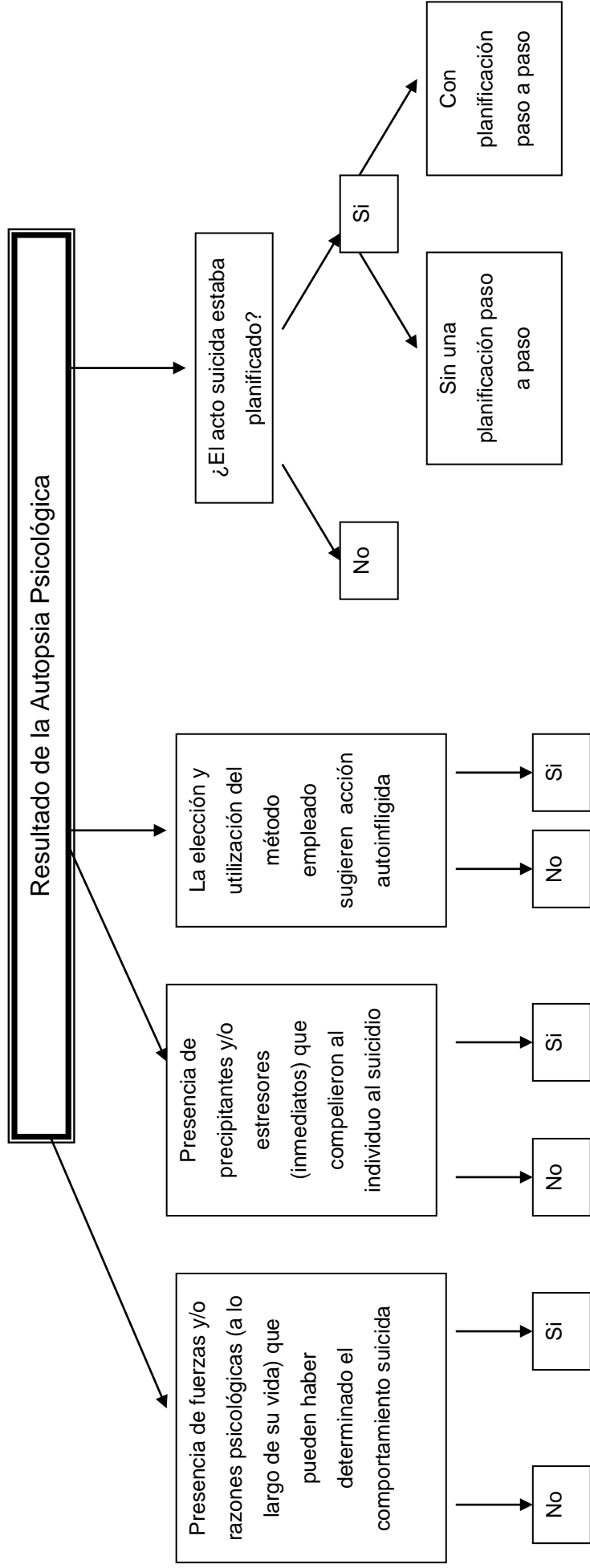












**Señale la alternativa más adecuada:**

1. ( ) Las informaciones obtenidas no son sugerentes de suicidio.
2. ( ) Las informaciones obtenidas permiten establecer alguna hipótesis en ese sentido.
3. ( ) Las informaciones obtenidas son bastante sugerentes de la existencia de suicidio.
4. ( ) Las informaciones obtenidas son altamente sospechosas en cuanto a las probabilidades de suicidio.

### **Instrucciones para la administración**

La Entrevista Semiestructurada para Autopsia Psicológica – ESAP está compuesta por cuatro módulos: Causas inductoras y/o del estrés, Motivación, Letalidad e Intencionalidad. Cada uno de ellos objetiva la evaluación de uno de los temas clave asociados al suicidio. Los módulos han sido organizados siguiendo una secuencia lógica de raciocinio clínico, iniciando con una pregunta general abierta (¿Qué? ¿Por qué? ¿De qué? ¿Cómo?), destinada a evaluar el tema en su conjunto.

Además de la pregunta inicial (El qué?) en el primer módulo (evaluación de las causas inductoras y/o del estrés), hay dos ítem más, constituidos por preguntas cerradas con alternativas de respuesta definidas en dos opciones: si y no. En el segundo módulo (evaluación de la motivación), después de la pregunta general (¿Por qué?), hay 32 ítem más con alternativas dicotómicas (si – no), organizados en cuatro secciones (problemas psicosociales, ambientales o acontecimientos de vida no inmediatos; síntomas de mal funcionamiento; características de personalidad; hechos asociados a la historia familiar).

En el tercer módulo (evaluación de la letalidad), después de la pregunta introductoria (¿De qué?), hay cinco ítem más, de los cuales tres son preguntas de elección múltiple, y dos piden especificación sobre el método de la muerte. En el cuarto módulo, además de la pregunta inicial (¿Cómo?), hay 26 preguntas más cerradas (con alternativas dicotómicas), constituyendo dos secciones: pruebas de la intención o deseo de morir y planificación de la muerte.

Cuando la respuesta a la pregunta inicial y las subsiguientes son afirmativas, esas van seguidas de preguntas abiertas y/o en eco, que posibilitan, de acuerdo con criterios asociados al suicidio y de la habilidad del entrevistador, alcanzar respuestas que fundamentan la decisión final. El entrevistador podrá añadir, a las ya existentes, el número de preguntas que juzgue necesarias para cuestionar negativas, afirmaciones, contradicciones y/o para confrontar los hechos de los que tenga conocimiento.

Como toda entrevista, la ESAP tiene un formato tripartito, dividiéndose en tres fases (de apertura, intermedia y final) y opera en un planteamiento de cuatro puntos (rapport, técnica, informaciones prestadas y decisión final).

En la fase de apertura, como destacan OTHMER et al. (1992, 1994), el entrevistador hace el “calentamiento” de los informantes estableciendo el rapport y preparándolos para la tarea principal de la entrevista. El rapport habla acerca de la calidad de relación que el entrevistador debe establecer con el/los entrevistado/s, debiendo crear un clima de reciprocidad caracterizado por la sensación de intercomunicación, posibilitando un cambio de información espontánea, y promoviendo una situación de confianza.

La fase intermedia es la de mayor duración, y es donde el entrevistador aplica la técnica de entrevista a los informantes. La técnica utilizada por el entrevistador tiene como objeto obtener las informaciones deseadas, a través del conjunto de pasos prácticos, basados en su experiencia profesional de oír, preguntar y responder, que lo auxilian a reunir informaciones parciales, integrándolas hasta que, de manera eficiente, se formulen opiniones. Pero tiene como objeto también evaluar la actitud de los informantes en cuanto a la precisión de respuestas sobre la vida y personalidad del fallecido, así como juzgar su capacidad de discernir de forma lógica y bien orientada la realidad (calidad de informaciones prestadas).

La fase final se subdivide en dos secciones: a) el momento en el que el entrevistador debe preparar a los informantes para el cierre de la actividad estableciendo un feedback, profundizando bien el rapport y confirmando la relación de confianza, y b) el análisis de todas las informaciones adquiridas para alcanzar la decisión final, a través del juicio de la hipótesis en cuanto al grado de probabilidad de la existencia de suicidio.





**HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC**  
CONSORCI HOSPITALARI DE VIC



**UNIVERSITAT DE VIC**  
**UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA**

**Escola de Doctorat**