

# Revista Española de Medicina Legal

## Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio Contribution of forensic medicine in the improvement of knowledge of suicide --Borrador del manuscrito--

<b>Número del manuscrito:</b>	REML-D-19-00006
<b>Tipo de artículo:</b>	Artículo especial
<b>Palabras clave:</b>	suicidio, mortalidad; estadísticas vitales; medicina forense; autopsia; psiquiatría
<b>Autor correspondiente:</b>	Julio Antonio Guija Villa, M.D., Ph.D. Instituto de Medicina Legal de Sevilla. Consejería de Justicia de Andalucía Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla Seville, SPAIN
<b>Primer autor:</b>	Julio Antonio Guija Villa, M.D., Ph.D.
<b>Orden de autores:</b>	Julio Antonio Guija Villa, M.D., Ph.D.
<b>Resumen:</b>	<p>Resumen</p> <p>El suicidio constituye un importante problema de salud pública. La mortalidad por suicidio, la calidad de las estadísticas y su validez es un elemento crucial en su monitorización y prevención. En este artículo pretendemos realizar una actualización de las aportaciones de la medicina forense a la conducta suicida, destacando la importancia de las de las fuentes forenses en el conocimiento de los factores de riesgo así como la participación de Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) en programas de prevención del suicidio.</p> <p>Hemos querido señalar las distintas colaboraciones del IMLCF con especialistas del ámbito de la psiquiatría y también de la salud pública que han permitido desarrollar un modelo integrativo de investigación de la conducta suicida dirigidas a conocer con precisión los datos relativos a las muertes por suicidio, estandarizar la investigación en suicidio y elaborar estrategias de prevención suicida efectivas frente a una causa de mortalidad prevenible.</p>

# Ética de la publicación

1. ¿Su trabajo ha comportado experimentación en animales?:  
**No**

2. ¿En su trabajo intervienen pacientes o sujetos humanos?:  
**No**

3. ¿Su trabajo incluye un ensayo clínico?:  
**No**

4. ¿Todos los datos mostrados en las figuras y tablas incluidas en el manuscrito se recogen en el apartado de resultados y las conclusiones?:  
**Sí**

**Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio**  
**Contribution of forensic medicine in the improvement of knowledge of suicide**

Constanza Vera-Varela<sup>1</sup>, Eneko Barbería<sup>2,3</sup>, Lucas Giner<sup>4</sup>, Alexandre Xifró<sup>5,6</sup>, Josep M Suelves<sup>7,8</sup>, Julio Guija<sup>4,9</sup>.

1. Departamento de Psiquiatría, IIS, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.
2. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña, Tarragona, España.
3. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Rovira i Virgili, Reus, España.
4. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España.
5. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña, Barcelona, España.
6. Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
7. Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona, España.
8. Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.
9. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Sevilla, Sevilla, España.

Autor para correspondencia:

Dr. Julio Guija.

[juliaguija@gmail.com](mailto:juliaguija@gmail.com)

Número de palabras: 2740.

Autores: 6.

Figuras/tablas: 0.

Referencias: 51.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

## **Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio**

### **Contribution of forensic medicine in the improvement of knowledge of suicide**

#### **Resumen**

El suicidio constituye un importante problema de salud pública. La mortalidad por suicidio, la calidad de las estadísticas y su validez es un elemento crucial en su monitorización y prevención. En este artículo pretendemos realizar una actualización de las aportaciones de la medicina forense a la conducta suicida, destacando la importancia de las de las fuentes forenses en el conocimiento de los factores de riesgo así como la participación de Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) en programas de prevención del suicidio.

Hemos querido señalar las distintas colaboraciones del IMLCF con especialistas del ámbito de la psiquiatría y también de la salud pública que han permitido desarrollar un modelo integrativo de investigación de la conducta suicida dirigidas a conocer con precisión los datos relativos a las muertes por suicidio, estandarizar la investigación en suicidio y elaborar estrategias de prevención suicida efectivas frente a una causa de mortalidad prevenible.

Palabras clave: suicidio, mortalidad, estadísticas vitales, medicina forense, autopsia, psiquiatría, salud pública.

#### **Abstract**

Suicide is an important public health problem. Suicide mortality, and the quality and reliability of suicide statistics are key points in monitoring and preventing suicidal behaviors. The objective of this paper is to review the contribution of forensic medicine to suicidal behavior, to underline the importance of forensic sources to investigate risk factors, and to highlight the role of Institutes of Legal Medicine and Forensic Sciences (ILMFS) in suicide prevention programs

We describe the collaboration between ILMFS and specialists in the fields of psychiatry and public health. This collaborative work has facilitated the development of an integrative model in the investigation of suicidal behavior allowing more precise suicide mortality data, the standardization of research on suicide, and the development suicide prevention to reduce a preventable cause of death.

Keywords: suicide, mortality, vital statistics, forensic medicine, autopsy, psychiatry, public health.

## 1. Introducción.

El suicidio constituye un grave problema de salud pública. A pesar de que se trata de una causa de discapacidad y mortalidad prematura prevenible, cada 40 segundos fallece por suicidio una persona y muchas más lo intentan. Mundialmente, el suicidio supone el 50% de todas las muertes violentas en hombres y un 71% en mujeres. Aunque las tasas más altas de mortalidad por suicidio se presentan en personas de edad avanzada, lo cierto es que son la segunda causa de muerte entre los 15-29 años<sup>1</sup>.

España presenta una de las tasas de mortalidad por suicidio más bajas entre los países de la UE<sup>2</sup>. En el quinquenio 2007-2011 se produjeron en España una media anual de 3.265 muertes por suicidio. Desde el año 2008 superan a las defunciones por accidentes de tráfico, con tasas ajustadas por edad de 9,6 para hombres y 2,7 para mujeres por cien mil habitantes. Además, en ese período, el suicidio fue la primera causa de mortalidad en los hombres de 35-44 años y en las mujeres de 25-44 años<sup>3</sup>. En el año 2017, el Instituto Nacional de Estadística registró 3679 defunciones por suicidio<sup>4</sup>.

La conducta suicida ha sido tradicionalmente abordada por la medicina forense. En el presente artículo se presenta una actualización de las aportaciones de la medicina forense a la conducta suicida fatal. En primer lugar se aborda la importancia de las fuentes forenses en las estadísticas de mortalidad por suicidio<sup>5</sup>. Después se analiza la información que la fuente forense puede aportar al conocimiento de los factores de riesgo de la conducta suicida mortal, como por ejemplo a través de la autopsia psicológica<sup>6</sup>. Finalmente, se describen ejemplos de la participación de Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) en programas de prevención del suicidio.

## 2. Estadísticas de mortalidad por suicidio y fuentes forenses.

1 Las estadísticas de mortalidad son frecuentemente inexactas en el caso de las  
2 defunciones por causas externas y existen diversos ejemplos de su limitada validez en  
3 nuestro país<sup>7</sup>. Ello se debe fundamentalmente a la complejidad del circuito de  
4 declaración estadística de las defunciones con intervención judicial y a la participación  
5 de personal no sanitario en dicho circuito. La utilidad de la fuente de forense como  
6 fuente de información se basa en la disponibilidad de datos fundamentales sobre la  
7 causa y las circunstancias de la muerte procedentes de la obligatoria autopsia judicial  
8 practicada por médicos forenses en los IMLCF<sup>8</sup>. Por ello, se ha demostrado el impacto  
9 favorable que supone la incorporación de la información forense en la calidad de estas  
10 estadísticas<sup>9</sup>. En el caso de la mortalidad por suicidio, la calidad de las estadísticas de  
11 mortalidad es un elemento crucial en su monitorización y prevención. La validez de las  
12 estadísticas de mortalidad por suicidio en los distintos países ha sido frecuentemente  
13 abordada. Tollefsen et al, en una revisión sistemática, concluyeron que existía una  
14 infradeclaración de la mortalidad por suicidio<sup>10</sup>. En algunos estudios incluso se apunta  
15 que la tasa de autopsias pueden afectar a la validez de las estadísticas de mortalidad  
16 por suicidio entre los países<sup>11</sup>.

17 En España, respecto a la discrepancia y la calidad de las estadísticas de mortalidad por  
18 suicidio, destacan recientemente los trabajos de Giner y Guija en 2014<sup>12</sup>, y de Barbería  
19 et al en 2018<sup>13</sup>. Giner y Guija, tras contactar con los IMLCF, compararon los datos de  
20 suicidios obtenidos de los IMLCF con los obtenidos del Instituto Nacional de Estadística  
21 (INE) (organismo oficial encargado de la elaboración de estadísticas en España) entre  
22 los años 2006-2010. De las 34 provincias españolas para las que pudieron obtener  
23 datos numéricamente completos de IMLCF e INE, los IMLCF informaron globalmente  
24 entre 9,3-18,7% más suicidios que el INE.

25 En el caso de Tarragona (Cataluña, España), el objetivo era conocer la infradeclaración  
26 de las estadísticas de mortalidad por suicidio entre los años 2004-2012. Para ello se  
27 compararon los suicidios registrados en el IMLCF de Cataluña con los del fichero de  
28 defunciones del Registro de Mortalidad de Cataluña. La media de casos no declarados  
29 en el período estudiado fue del 16,2% (2,2-26,8%). Este porcentaje es inferior a los  
30 observados en las Islas Canarias entre los años 1977-1983<sup>14</sup>, al de la ciudad de  
31 Barcelona entre los años 2004-2006<sup>7</sup> y al de Cataluña en 2013<sup>15</sup>. El estudio de  
32 Tarragona no halló diferencias estadísticamente significativas entre los suicidios  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

declarados inicialmente y los recuperados, excepto en el caso de los envenenamientos y arrollamientos por vehículos de motor. Un estudio similar realizado en el estado de Australia Meridional en el que se compararon los datos procedentes del Instituto forense con los registrados en el National Coroner Information System y la Oficina Estadística Federal, también halló discrepancias entre los datos, también sin significación estadística, y llamaron la atención especialmente sobre la infradeclaración en los casos de suicidio por envenenamiento<sup>16</sup>.

En el caso de España, tanto unos autores como otros proponen, para mejorar la calidad de la información en las estadísticas de mortalidad de las muertes con intervención judicial en general y de suicidio en particular, la participación directa de los médicos forenses en el proceso de cumplimentación del Boletín Estadístico de Defunción con Intervención Judicial, particularmente en lo referente a la información de carácter médico (causas de muerte). El Consejo Médico Forense (CMF) de España, creado por el Ministerio de Justicia en el año 2014 como organismo científico-técnico de asesoramiento<sup>17</sup>, sensible a esta problemática, abordó la cuestión en 2015 y se propuso la creación de un grupo de trabajo para impulsar la colaboración con el objetivo de mejorar la calidad de la estadística de defunciones con intervención judicial. Para ello se creó un grupo de trabajo mixto entre miembros del Comité Científico-Técnico del Consejo Médico Forense, del Ministerio de Justicia y del INE. En el año 2016 se presentó a la Conferencia Sectorial en materia de administración de justicia, y se acordó que se gestionaría a través de la Comisión Nacional de Estadística Judicial (CNEJ), aspecto que también se llevó a cabo en noviembre de 2016. El objetivo general es mejorar la calidad de las estadísticas de defunción con intervención judicial incluyendo la participación de los médicos forenses y los IMLCF en el circuito. Sería conveniente regular esta nueva función, que refuerza el papel social y sanitario de la medicina forense, incorporándola a las funciones de los médicos forenses y/o de los IMLCF. Durante los años 2017 y 2018 se han continuado llevando a cabo reuniones del grupo de trabajo para conocer y debatir sobre la aplicación web de recogida de información que está preparando el INE. Se ha debatido sobre las distintas categorías de las causas de muerte que podrían incluirse, la codificación y disposición de información estadística estandarizada (de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Revisión, CIE-10) y desagregada para los IMLCF, así como

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

los plazos para que un caso se considerase definitivo<sup>18</sup>. En definitiva, aunque no se trata de una herramienta y función dirigida específicamente a la mejora de la calidad de las estadísticas por suicidio, en la medida que se espera una mejora de la calidad de las estadísticas de las defunciones con intervención judicial, repercutirá indudablemente en la mejora de las estadísticas de mortalidad por suicidio.

### **3. Factores de riesgo en la conducta suicida.**

Los factores de riesgo (FR) de la conducta suicida han sido ampliamente estudiados en los últimos tiempos, considerando que desde hace 40 años la investigación en el suicidio supone el 10% de lo publicado en psiquiatría<sup>19</sup>. El estudio de la conducta suicida tiene como finalidad identificar y explicar los factores de riesgo suicida con el objetivo de realizar estrategias de prevención así como establecer tratamientos en casos de riesgo, entre los que se encuentran los intentos de suicidio. En investigación de la conducta suicida se pueden considerar diferentes poblaciones, dejando de lado la ideación suicida que no tiene consecuencias en el acto: la que ha sobrevivido a la conducta suicida y la que ha fallecido<sup>20</sup>. Aún es una cuestión de debate si éstas representan la misma población evaluada en diferentes puntos temporales, son poblaciones similares, superpuestas o poblaciones completamente diferentes<sup>21</sup>. En el caso de la población que ha fallecido tras el acto suicida, el inicio del estudio se va a efectuar en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF), donde el médico forense efectuará el diagnóstico de “suicidio” y en consecuencia se podrá iniciar una investigación científica del mismo, requiriendo si es necesario de la realización de estudios de laboratorio y considerando las posibilidades de estudio que el cadáver ofrece a la investigación de la muerte por suicidio<sup>20</sup>.

La autopsia psicológica es el método de investigación idóneo en suicidio, a través de informantes se trata de explicar retrospectivamente qué llevó a una persona a fallecer por suicidio. Mediante este sistema de entrevistas a familiares o personas cercanas se evalúan factores precipitantes, eventos vitales estresantes, rasgos psicopatológicos, diagnósticos psiquiátricos, entre muchas otras variables<sup>22</sup>. Los inicios de la autopsia

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

psicológica fueron en los años 20 cuando los primeros investigadores comenzaron a recolectar datos de suicidio<sup>23</sup>. Sin embargo, no fue hasta los años 60 cuando Edwin Schneidman acuñó el término autopsia psicológica y la metodología actual comenzó a ser implementada<sup>24,25</sup>. Varios años más tarde estudios replicaron el uso de las entrevistas y el registro de datos como fuentes de información retrospectiva en casos de suicidio<sup>26,27</sup> y se realizaron avances en la unificación de criterios en la metodología<sup>28-30</sup> aunque aún continúan existiendo diferencias entre países<sup>31,32</sup>.

La autopsia psicológica, es el método científico que nos permite acceder a una gran cantidad de datos para la investigación de la conducta suicida y es fundamental en el estudio de los factores de riesgo, teniendo una doble utilidad: la investigación forense y la investigación clínica del suicidio<sup>20</sup>. El contenido de la autopsia psicológica debe incluir la historia del fallecimiento, notas de suicidio, conducta previa al suicidio, consumo de alcohol y drogas, antecedentes psiquiátricos y psicológicos, historia médica, estado anímico y mental antes de la muerte, el estilo de vida, estresores psicosociales, las relaciones interpersonales y la personalidad, historia laboral y familiar, existencia de suicidios en la familia, estudios de laboratorio e informes toxicológicos<sup>33</sup>.

Aunque por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, la toxicología post mortem puede suministrar información importante en casos de suicidio. Los estudios químico-toxicológicos tienen como objetivo la identificación de antidepressivos (especialmente si la víctima se encontraba en las primeras semanas de tratamiento), de los medicamentos prescritos, sedantes, analgésicos e hipnóticos, además de alcohol etílico y drogas de abuso<sup>34</sup>.

Los FR de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos: inmodificables y modificables. Los FR inmodificables se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, se caracterizan por su mantenimiento en el tiempo y aunque pueden sufrir cambios (edad, estado civil, situación laboral) su modificación es ajena al clínico. Los FR modificables son aquellos relacionados con factores sociales, psicológicos y

1 psicopatológicos que pueden modificarse mediante intervenciones clínicas como los  
2 trastornos psiquiátricos<sup>35</sup>.

3  
4  
5  
6 FR suicida inmodificables:

7 - Heredabilidad: Los factores genéticos en la conducta suicida parecen estar  
8 determinados por la trasmisión a nivel familiar de patologías mentales y por otro lado,  
9 por una dotación genética relacionada con la impulsividad, agresividad y otros rasgos  
10 de personalidad<sup>35,36</sup>.

11  
12  
13 - Sexo: Las tasas de suicidio son mayores en hombres aunque existen algunos países  
14 asiáticos donde la proporción de suicidio es mayor en mujeres<sup>37,38</sup>. Los hombres  
15 utilizan métodos más letales como ahorcamiento y uso de armas, mientras que las  
16 mujeres emplean métodos menos letales siendo el más frecuente la intoxicación<sup>39</sup>.

17  
18  
19 - Edad: La tasa de suicidio aumenta con la edad así como el cociente suicidio/intento  
20 de suicidio va aumentando progresivamente. A pesar de esto, se considera que los  
21 jóvenes son un grupo de riesgo<sup>35</sup>.

22  
23 - Conducta suicida previa: Es importante señalar que el antecedente de intentos de  
24 suicidio previos es el mejor factor predictor de suicidio en la población general<sup>40,41</sup>.

25  
26  
27 Otros FR suicida inmodificables son: eventos traumáticos en la infancia, antecedentes  
28 familiares de conducta suicida, acontecimientos vitales estresantes, desempleo,  
29 problemas económicos, ausencia de pareja estable, divorcio o viudez reciente,  
30 aislamiento social, falta de creencias religiosas, accesibilidad a armas o medios  
31 letales<sup>42</sup>

32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50 FR suicida modificables:

51 - Trastornos psiquiátricos: Es uno de los principales FR de suicidio. El diagnóstico más  
52 comúnmente asociado al suicidio es la depresión, seguido por los trastornos por uso  
53 de alcohol, trastornos de personalidad, trastorno bipolar y esquizofrenia<sup>43,44</sup>.

1  
2 - Salud física: es un FR suicida que se asocia a pacientes con enfermedades terminales,  
3 dolor crónico, cáncer, VIH, enfermedad renal<sup>45,46</sup>.

4  
5 - Dimensiones psicológicas: Se han encontrado mayores niveles de impulsividad y  
6 agresividad en suicidio lo que le ha otorgado especial relevancia como uno de los  
7 principales FR<sup>47,48</sup>.

8  
9 Factores protectores: incluyen actitudes y valores en contra del suicidio, habilidades  
10 sociales, manejo de la ira, capacidad de resolución de problemas, búsqueda de la salud  
11 mental y somática, creencias religiosas, entre otras<sup>35</sup>.

12  
13 Como hemos visto, el papel del IMLCF es imprescindible para el estudio de los FR  
14 suicida y la autopsia psicológica es una herramienta eficaz para la descripción y  
15 obtención de datos relativos al suicidio que pueden ser relevantes y útiles en el diseño  
16 e implementación de programas de prevención, por lo que sería idóneo que esta  
17 metodología fuese implementada de forma ampliada.

#### 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 **4. Participación de los IMLCF en programas de prevención de la conducta suicida.**

36  
37 Como hemos señalado anteriormente, sin la colaboración de los IMLCF resulta  
38 imposible la investigación de la conducta suicida. En España quien identifica las  
39 muertes por suicidio es el médico forense tras realizar una autopsia médico-legal e  
40 inicia la investigación científica del mismo. El IMLCF es quien realiza el reclutamiento  
41 de casos y controles, la obtención de muestras biológicas y la realización de la autopsia  
42 psicológica<sup>20</sup>. Por lo tanto, para el estudio de la conducta suicida es necesario la  
43 formación de equipos multidisciplinares siendo fundamental la implicación de los  
44 IMLCF.

45  
46 En los últimos años en España, distintas colaboraciones del IMLCF con especialistas del  
47 ámbito de la psiquiatría han permitido desarrollar un modelo integrativo de  
48 investigación de la conducta suicida. Estas colaboraciones han estado dirigidas a  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

conocer con precisión los datos relativos a las muertes por suicidio, estandarizar la investigación en suicidio y elaborar estrategias de prevención<sup>36</sup>.

Desde el año 2006 el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla, el Instituto de Medicina Legal de Sevilla, a través del Servicio de Patología Forense, y el área de Psiquiatría de la Universidad de Granada colaboran conjuntamente en el programa FRIENDS (Factores de Riesgo de Defunciones por Suicidio), lo que ha permitido estandarizar la investigación en suicidio. Dada la centralización de las autopsias del territorio que abarca el IMLCF de Sevilla, facilita la homogeneización del método de trabajo. El Servicio de Patología Forense es el encargado de reclutar los casos de suicidio así como los casos controles y efectúa la toma de muestras, el Departamento de Psiquiatría efectúa los estudios de autopsia psicológica, y el área de Toxicología y Psiquiatría de la Universidad de Granada se encarga del estudio genético<sup>20</sup>.

Así mismo, el IMLCFde Cataluña creó hace años un Grupo Multidisciplinar para la investigación del Suicidio (GMIS) dentro de la misma institución con profesionales de todas las áreas de la medicina legal y forense con el objetivo de unificar la investigación en suicidio<sup>36</sup>.

En esta línea, y siguiendo la orientación de la creación de equipos multidisciplinares, dos artículos han sido publicados en el que participan especialistas en salud mental y del IMLCF en Osona (Barcelona)<sup>49,50</sup>. Jiménez Nuño et al.<sup>49</sup> realizaron un análisis de los 83 casos de muerte por suicidio durante el período de 2006 a 2011 ocurridos en la comarca de Osona. En el segundo artículo, se describió el perfil de las muertes por suicidio ocurridas en el período de 2013-2015 y además se analizó la aplicación de la técnica autopsia psicológica<sup>50</sup>.

Un estudio con muy buenos resultados, fue realizado por la Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí en colaboración con el IMLCF de Cataluña, en pacientes dados de alta del servicio de urgencias después de un intento suicida durante el 2007-2008. Se evaluó a 991 pacientes a través de un programa específico de seguimiento

1  
2 telefónico durante un año, observándose una reducción del 57,4% en la probabilidad  
3 de repetición del acto suicida en los pacientes que recibían el seguimiento telefónico.  
4 Se podría decir que este estudio fue el precedente del programa mayor Codi Risc  
5 Suïcidi, que se aplicaría posteriormente en Cataluña<sup>51</sup>.  
6  
7  
8  
9

10 Estos ejemplos corroboran que la creación de equipos en red en los que colaboren  
11 profesionales del IMLCF, especialistas en psiquiatría y también de la salud pública  
12 facilitan el desarrollo de estrategias de prevención suicida efectivas frente a una causa  
13 de mortalidad prevenible.  
14  
15  
16  
17  
18

### 19 **Conflicto de intereses**

20  
21  
22

23 No se declaran por parte de los autores conflicto de intereses.  
24  
25  
26  
27

### 28 **BIBLIOGRAFÍA**

29  
30  
31

- 32  
33 1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva:  
34 WHO; 2014. [accedido 29 dic 2018] Disponible en:  
35 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)  
36 [ua=1.](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)  
37  
38  
39  
40  
41  
42 2. Suelves JM, Robert A. La conducta suicida: una mirada desde la salud pública.  
43 Rev Esp Med Legal. 2012;2012:137-42.  
44  
45  
46  
47  
48 3. Fernández-Cuenca R, Llácer A, López-Cuadrado T, Gómez-Barroso D. Mortalidad  
49 por causas externas en España. Boletín Epidemiológico Semanal. 2014 Aug 4;22(6):56–  
50 71.  
51  
52  
53  
54  
55  
56 4. INE. Defunciones según la Causa de Muerte 2017. [accedido 29 dic 2018].  
57 Disponible en :  
58 <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/l0/&file=05001.px>  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

- 1  
2 5. Xifró A, Barbería E, Martin-Fumadó C. Importancia de las fuentes médico-  
3 forenses en las estadísticas de mortalidad por suicidio. Rev Esp Med Leg. 2013 Jul  
4 1;39(3):122–3.  
5  
6  
7  
8
- 9 6. Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL. Investigación del suicidio: autopsia  
10 psicológica. Rev Esp Med Leg. 2017 Oct 1;43(4):135–7.  
11  
12  
13  
14
- 15 7. Gotsens M, Marí-Dell’Olmo M, Rodríguez-Sanz M, Martos D, Espelt A, Pérez G, et  
16 al. Validación de la causa básica de defunción en las muertes que requieren  
17 intervención medicolegal. Rev Esp Salud Pública. 2011 Apr;85(2):163–74.  
18  
19  
20  
21  
22
- 23 8. Barbería E, Xifró A, Suelves JM, Arimany-Manso J. La proyección social y sanitaria  
24 de los Institutos de Medicina Legal en España: más allá de la justicia. Med Clínica. 2014  
25 Mar 1;142:5–11.  
26  
27  
28  
29  
30
- 31 9. Barbería E, Xifró A, Arimany-Manso J. Impacto beneficioso de la incorporación de  
32 las fuentes forenses a las estadísticas de mortalidad. Rev Esp Med Leg. 2017 Jan  
33 1;43(1):1–4.  
34  
35  
36  
37  
38
- 39 10. Tøllefsen IM, Hem E, Ekeberg Ø. The reliability of suicide statistics: a systematic  
40 review. BMC Psychiatry. 2012 Feb 14;12(1):9.  
41  
42  
43  
44
- 45 11. De Kapusta N, Tran US, Rockett IR, De LeoD, Naylor CP, Niederkrotenthaler T et  
46 al. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35  
47 countries. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:1050–7.  
48  
49  
50  
51
- 52 12. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del  
53 Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal.  
54 Rev Psiquiatr Salud Ment. 2014 Jul 1;7(3):139–46.  
55  
56  
57  
58  
59
- 60 13. Barbería E, Gispert R, Gallo B, Ribas G, Puigdefàbregas A, Freitas A, et al. Mejora  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2 de la estadística de mortalidad por suicidio en Tarragona (Cataluña, España) entre  
3 2004 y 2012. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2018 Oct 1;11(4):227–33.  
4

5  
6 14. Rodríguez-Pulido F, Sierra A, Doreste J, Gracia R, González-Rivera JL. Suicide in  
7 the Canary Islands: standardized epidemiological study by age, sex, and marital status.  
8 Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1992 Mar;27(2):69–74.  
9

10  
11  
12  
13 15. Puigdefàbregas Serra A, Freitas Ramírez A, Gispert Magarolas R, Castellà Garcia J,  
14 Vidal Gutiérrez C, Medallo Muñoz J, et al. Las muertes con intervención judicial y  
15 medicolegal y su impacto en la estadística de causas de muerte en Cataluña. Rev Esp  
16 Med Leg. 2017 Jan 1;43(1):13–9.  
17  
18  
19  
20

21  
22  
23 16. Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW. Differences in local and national  
24 database recordings of deaths from suicide. Forensic Sci Med Pathol. 2017  
25 Dec;13(4):403–8.  
26  
27

28  
29  
30 17. Bañón González RM. Consejo Médico Forense: una oportunidad. Rev Esp Med  
31 Leg. 2015 Jan 1;41(1):1–2.  
32  
33  
34

35  
36 18. Consejo Médico Forense. Actividades 2016-2017. Ministerio de Justicia.  
37 Secretaría General Técnica. Madrid. 2018. [accedido 29 dic 2018]. Disponible en:  
38 [http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428994522?blobheader=applicat](http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428994522?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-)  
39 [ion%2Fpdf&blobheadername1=Content-](http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292428994522?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-)  
40  
41  
42  
43  
44

45  
46 19. Barrigón ML, Baca-García E. Retos actuales en la investigación en suicidio. Rev  
47 Psiquiatr Salud Ment. 2018 Jan 1;11(1):1–3.  
48  
49  
50

51  
52 20. Guija JA, Giner L, Marín R, Blanco M, Parejo-Merino JA. Aportaciones de la  
53 medicina forense a la investigación de la conducta suicida. Rev Esp Med Leg. 2012 Oct  
54 1;38(4):161–71.  
55  
56  
57

58  
59  
60 21. Giner L, Blasco-Fontecilla H, Mercedes Perez-Rodriguez M, Garcia-Nieto R, Giner  
61  
62  
63  
64  
65

1  
2 J, Guija JA, et al. Personality disorders and health problems distinguish suicide  
3 attempters from completers in a direct comparison. *J Affect Disord.* 2013  
4 Nov;151(2):474–83.  
5  
6

7 22. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next  
8 generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life*  
9 *Threat Behav.* 2011 Dec;41(6):594–613.  
10  
11

12 23. Isometsä ET. Psychological autopsy studies-a review. *Eur Psychiatry J Assoc Eur*  
13 *Psychiatr.* 2001 Nov;16(7):379–85.  
14  
15

16 24. Litman RE, Curphey T, Shneidman ES, Farberow NL, Tabachnick N. Investigations  
17 of Equivocal Suicides. *JAMA.* 1963 Jun 22;184(12):924–9.  
18  
19

20 25. Robins E, Gassner S, Kayes J, Wilkinson RH, Murphy GE. The communication of  
21 suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am*  
22 *J Psychiatry.* 1959 Feb;115(8):724–33.  
23  
24

25 26. Dorpat TL, Ripley HS. A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry.*  
26 1960 Dec;1:349–59.  
27  
28

29 27. Barraclough BM, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A Hundred Cases of Suicide:  
30 Clinical Aspects. *Br J Psychiatry.* 1974 Oct;125(587):355–73.  
31  
32

33 28. Schaffer A, Isometsä ET, Azorin J-M, Cassidy F, Goldstein T, Rihmer Z, et al. A  
34 review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide  
35 deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society for Bipolar  
36 Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015  
37 Nov;49(11):1006–20.  
38  
39

40 29. Brent DA. The psychological autopsy: methodological considerations for the  
41 study of adolescent suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1989;19(1):43–57.  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65

- 1  
2 30. Beskow J, Runeson B, Asgård U. Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta*  
3  
4 *Psychiatr Scand.* 1991 Nov;84(5):482–7.  
5  
6  
7  
8 31. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, et al. The  
9  
10 psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues.  
11  
12 *J Affect Disord.* 1998 Sep;50(2–3):269–76.  
13  
14  
15 32. Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life*  
16  
17 *Threat Behav.* 2006 Oct;36(5):491–510.  
18  
19  
20  
21 33. Guide to Conducting a Psychological Autopsy . Centre for Suicide Prevention.  
22  
23 [accedido 13 enero 2019]. Disponible en: [https://www.suicideinfo.ca/resource/siecn-](https://www.suicideinfo.ca/resource/siecn-19910864/)  
24  
25 [19910864/](https://www.suicideinfo.ca/resource/siecn-19910864/)  
26  
27  
28  
29 34. Soria-Sánchez ML, Valverde-Villarreal JL. Interés de las muestras para los  
30  
31 estudios químico-toxicológicos post mortem. *Rev Esp Med Leg.* 2015 Apr 1;41(2):72–  
32  
33 80.  
34  
35  
36 35. Bobes García J, Giner J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones  
37  
38 preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela : Fundación  
39  
40 Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2011.  
41  
42  
43  
44 36. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J*  
45  
46 *Med Genet C Semin Med Genet.* 2005 Feb 15;133C(1):13–24.  
47  
48  
49  
50 37. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in  
51  
52 China: a national case-control psychological autopsy study. *The Lancet.* 2002 Nov  
53  
54 30;360(9347):1728–36.  
55  
56  
57  
58 38. Zhang J, Wiczorek W, Conwell Y, Tu X-M, Wu BY-W, Xiao S, et al. Characteristics  
59  
60 of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psychol Med.* 2010  
61  
62  
63  
64  
65

Apr;40(4):581–9.

1  
2  
3  
4 39. Beautrais AL. Suicide and Serious Suicide Attempts in Youth: A Multiple-Group  
5 Comparison Study. *Am J Psychiatry*. 2003 Jun 1;160(6):1093–9.  
6

7  
8  
9 40. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm.  
10 Systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2002 Sep;181:193–9.  
11  
12

13  
14  
15 41. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-  
16 term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry J Ment*  
17 *Sci*. 2003 Jun;182:537–42.  
18  
19  
20

21  
22  
23 42. Chiclana, C. & Ginerb, L. (2011). Protocolo diagnóstico del paciente con riesgo de  
24 suicidio. *Medicine*, 10 (85): 5777-5781.  
25  
26

27  
28  
29 43. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders. Who, When, and Why? *Can J*  
30 *Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2014 Mar;59(3):120–30.  
31  
32

33  
34  
35 44. Cho S-E, Na K-S, Cho S-J, Im J-S, Kang S-G. Geographical and temporal variations  
36 in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis.  
37 *J Affect Disord*. 2016 Jan 15;190:704–13.  
38  
39  
40

41  
42  
43 45. Tang NKY, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk  
44 factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006 May;36(5):575–86.  
45  
46

47  
48  
49 46. Forster PL, Wu LH. Assessment and Treatment of Suicidal Patients in an  
50 Emergency Setting. :26.  
51  
52

53  
54  
55 47. Kim C, Lesage A, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, et al. Patterns of co-  
56 morbidity in male suicide completers. *Psychol Med*. 2003 Oct;33(7):1299–309.  
57  
58

59  
60 48. Lin L, Zhang J, Zhou L, Jiang C. The relationship between impulsivity and suicide  
61  
62  
63  
64  
65

1 among rural youths aged 15-35 years: a case-control psychological autopsy study.  
2 Psychol Health Med. 2016;21(3):330–7.  
3  
4

5 49. Jiménez Nuño J, Arrufat Nebot FX, Carrera Goula R, Gay Pastor M. Participación  
6 de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la  
7 experiencia de Osona (Barcelona). Rev Esp Med Leg. 2012 Oct 1;38(4):131–6.  
8  
9

10 50. Naudó-Molist J, Arrufat Nebot FX, Sala Matavera I, Milà Villaroel R, Briones-  
11 Buixassa L, Jiménez Nuño J. Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del  
12 método autopsia psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona  
13 (Barcelona, España). Rev Esp Med Leg. 2017 Oct 1;43(4):138–45.  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22

23 51. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al.  
24 Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an  
25 emergency department after a suicide attempt: Controlled study in a Spanish  
26 population. J Affect Disord. 2013 May 1;147(1):269–76.  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65