

Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay

Dres. Hugo Rodríguez Almada , Irene García Maggi† ,
Calíope Ciriacos‡*

Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina.
Universidad de la República

Resumen

El suicidio en Uruguay es un problema de salud pública. Aunque el suicidio de niños y adolescentes presenta características propias, no hay publicaciones nacionales dirigidas específicamente a ese grupo. La autopsia psicológica revolucionó el estudio del suicidio y resultó exitosa para el estudio del suicidio de niños y adolescentes en otros países.

Objetivos: a) Realizar la primera experiencia nacional de utilización de la autopsia psicológica para estudiar los suicidios de niños y adolescentes. b) Describir el perfil de la población de niños y adolescentes que consumaron suicidio en Uruguay en el año 2002, y su entorno familiar y social. c) Conocer las características del acto suicida. d) Comparar los resultados obtenidos con la literatura extranjera.

Material y método: se realizó un estudio de casos comparativo de todas las personas de hasta 19 años que consumaron suicidio en Uruguay en 2002. Se estudiaron certificados de defunción, partes policiales, actuaciones judiciales, historia clínica, diarios personales, notas suicidas y se entrevistó a familiares, allegados, docentes y terapeutas.

Resultados: 38 casos cumplieron con los criterios de inclusión. La mayoría fueron varones (n = 27) y la edad media fue de 17 años. En los menores de 15 años hubo un leve predominio femenino. Sólo 12 cursaban estudios y la mayoría no estaba inserto en el sistema educativo ni laboral. La evaluación multiaxial mostró elevados índices de trastornos psiquiátricos. Dentro del eje I predominaron los trastornos del estado de ánimo y por ansiedad, en el eje II la personalidad tipo B. La gran mayoría (n = 30) no recibía tratamiento al momento del suicidio. Los pocos casos en consulta (n = 4) cursaban cuadros depresivos, pero sólo a uno se le administraba tratamiento farmacológico antidepressivo. Se detectaron múltiples eventos vitales estresantes. Dentro de los ocurridos en el mes previo a la muerte predominaron los problemas de pareja, cambios de domicilio, problemas con la ley y desavenencias con los

* Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Legal. Profesor Adjunto del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

† Doctora en Medicina. Especialista en Psiquiatría Pediátrica. Ex Asistente de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

‡ Doctora en Medicina. Magíster en Epidemiología. Ex Profesora

Adjunta del Departamento de Docencia en la Comunidad. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Correspondencia: Dr. Hugo Rodríguez Almada
Gral. Flores 2125, CP 11800, Montevideo, Uruguay

E-mail: hrodrigu@mednet.org.uy

Recibido: 25/1/05.

Aceptado: 20/3/05.

padres. El método suicida más empleado fue el arma de fuego, seguido del ahorcamiento. La intoxicación fue un método exclusivamente femenino. Casi la mitad de los casos había realizado un aviso explícito y en la tercera parte existían antecedentes de intento de suicidio. Conclusiones: la autopsia psicológica fue útil para el estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. Los resultados confirman, en general, la información aportada por los estudios extranjeros. Dentro de las diferencias halladas cabe destacar: 1. La feminización encontrada dentro de la población más joven. 2. El elevado porcentaje de casos que no estaban insertos en el sistema educativo ni laboral. 3. La baja frecuencia de consulta psiquiátrica o psicológica, en discordancia con la elevada frecuencia de enfermedad psiquiátrica, avisos de intención suicida e intentos de suicidio previos. 4. La mayoría de los casos que estaban bajo consulta de salud mental no recibían tratamiento antidepressivo.

Palabras clave: AUTOPSIA.
SUICIDIO - psicología.

Introducción

El suicidio es reconocido como un problema de salud pública relevante en Uruguay⁽¹⁻⁵⁾. Aunque la tasa anual de suicidios se mantuvo bastante estable a lo largo de casi todo el siglo (en el entorno de los 10/100.000 habitantes), en la década de 1990 se verificó un aumento que, en Montevideo, llegó casi a triplicar los valores⁽⁵⁾.

Según un informe oficial, en 1998 las muertes violentas fueron la tercera causa de fallecimiento. Los suicidios constituyeron 1,6% de la mortalidad general y 18% de las muertes violentas, siendo responsables del mayor número de muertes (526) que las ocurridas en accidentes de tránsito (498). El informe concluye en la necesidad de identificar los grupos y factores de riesgo involucrados, para conocer “*quiénes se suicidan, por qué se suicidan y qué se puede realizar para evitar estos suicidios*”⁽²⁾.

El fenómeno del suicidio de niños y adolescentes tiene características cuantitativas y cualitativas propias, diferentes del suicidio de los adultos, lo que hace necesario considerar el impacto del desarrollo en la conducta suicida⁽⁶⁾.

Los adolescentes han sido considerados como grupo de riesgo hacia el que deberían dirigirse políticas de prevención específicas⁽³⁾. Un estudio nacional de 1987 llamaba la atención sobre la existencia de tasas de suicidio muy elevadas en adolescentes, particularmente varones, en algunas áreas del interior del país⁽¹⁾.

Las tasas de suicidio por 100.000 habitantes para el grupo de edad comprendido entre 15 y 19 años correspondientes a los tres últimos años censales muestra la siguiente evolución: 4,2 en 1975; 2,6 en 1985, y 9,9 en 1996⁽⁴⁾. Si se considera el grupo de edad comprendido

entre 10 y 19 años, los registros del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública muestran los siguientes valores anuales: 12 suicidios en 1975; 9 en 1985; 31 en 1996; 21 en 1997, y 32 en 1998.

La magnitud del fenómeno del suicidio en los jóvenes en Uruguay motivó el estudio de la desesperanza en los adolescentes, así como la relación entre depresión, desesperanza, ideación suicida, trastornos de conducta, consumo de alcohol y drogas, y percepción de conflictos en la familia^(7,8). Sin embargo, es importante destacar que los distintos estudios nacionales y extranjeros coinciden en señalar la existencia de un perfil diferente entre los adolescentes que tienen ideación suicida, los que realizan intentos de autoeliminación y los que consuman suicidio^(2,9,10).

Aunque existen pautas de evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida, el fenómeno del suicidio en este grupo de edad muestra fuertes variaciones según los países^(9,11).

Hasta el presente no se han publicado investigaciones nacionales dirigidas específicamente a los niños y adolescentes que consuman suicidio. Exceptuando alguna información básica extraída de los certificados de defunción, no se conocen las características de esta población, lo que se torna en una limitación insalvable para investigar las causas del fenómeno, establecer estrategias sanitarias de prevención y determinar la validez de las pautas recomendadas en otros países⁽²⁾.

A finales de la década de 1950 en Estados Unidos se llevaron adelante las primeras autopsias psicológicas, lo que revolucionó el estudio del suicidio, hasta entonces bastante limitado a la información contenida en los certificados de defunción^(9,12). Esta metodología también ha sido utilizada exitosamente para el estudio del suicidio de ni-

ños y adolescentes^(9,13-15).

La autopsia psicológica se ha definido como la reconstrucción de la vida de la persona fallecida, enfatizando aspectos como estilo de vida, personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte, a través de información recogida mediante la entrevista a personas allegadas y la revisión de documentos^(16,17).

En Uruguay, en la década de 1980 la metodología de la autopsia psicológica fue aplicada para la investigación del suicidio, tanto para el estudio de casos inusuales como en estudios epidemiológicos⁽¹⁸⁻²¹⁾. Más recientemente se empleó para el estudio de una muestra de suicidios e intentos de suicidio limitados al departamento de Montevideo⁽²²⁾.

El presente trabajo es el resultado de la ejecución del proyecto de investigación *Suicidios de niños y adolescentes. Uruguay 2002** y tiene como propósito contribuir al conocimiento y la prevención del suicidio en los niños y adolescentes en nuestro país.

Objetivos

- Realizar la primera experiencia nacional de utilización del método de la autopsia psicológica para estudiar los suicidios de niños y adolescentes.
- Describir el perfil de la población de niños y adolescentes que consumaron suicidio en Uruguay en el año 2002 y su entorno familiar y social.
- Conocer las características del acto suicida.
- Comparar los resultados obtenidos con la literatura extranjera.

Material y método

Se realizó un estudio de casos comparativo de todas las personas de hasta 19 años de edad que consumaron el acto suicida en Uruguay en el año 2002.

Las muertes se consideraron de etiología médico-legal suicida cuando así lo estableció el médico forense en el certificado de defunción o si ello surgió de la indagación judicial (en los casos en que en el certificado de defunción no constaba la etiología médico-legal de la muerte).

* *Suicidio de niños y adolescentes. Uruguay 2002*. Institución: Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Autores: Dres. Hugo Rodríguez Almada, Irene García Maggi y Jacqueline Ponzo. Mentor: Dr. Félix Rígoli. Premiado en el Concurso para Proyectos de Investigadores Jóvenes Laboratorio Gautier - Sindicato Médico del Uruguay, con lo que se financió parcialmente esta investigación.

Fuente de datos

a) Documentales: certificados de defunción, partes policiales, actuaciones judiciales (incluida la autopsia y los estudios complementarios), historia clínica, diarios personales y notas suicidas (cuando las hubo). Para la obtención de los documentos se obtuvo la autorización de la Suprema Corte de Justicia, que fue comunicada a las sedes judiciales de todo el país. Los documentos de carácter personal fueron aportados por los familiares.

b) Testimoniales: se realizaron entrevistas a familiares, convivientes del fallecido, así como a docentes y profesionales de la salud que hubieran tenido vínculos con el fallecido, a través de una entrevista protocolizada semiabierta. Las entrevistas se realizaron después de un mes y antes del año del fallecimiento. Los entrevistados fueron informados de los objetivos de la investigación y consintieron libremente en aportar las informaciones solicitadas.

Tanto para el manejo de la información surgida de los documentos como de los testimonios, los investigadores garantizaron un manejo anónimo de la información recabada.

Variables operativas empleadas

Edad: se midió en años cumplidos.

Medio socioeconómico y cultural: se elaboró un score de tres ítems (nivel de instrucción de los padres; características y ubicación de la vivienda, nivel de ocupación y de ingresos) asignando a cada uno un valor de 1 a 3. Se consideró nivel bajo la puntuación de 1 a 3, nivel medio de 4 a 6 y nivel alto de 7 a 9. Los criterios de asignación del puntaje se muestran en la tabla 1.

Aviso suicida: se definió como una comunicación explícita de la voluntad de cometer suicidio.

Los diagnósticos retrospectivos de las enfermedades mentales y los rasgos de personalidad se definieron por los criterios establecidos en el *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Resultados

Los casos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron 38 y en todos ellos se logró acceder a información testimonial o documental. En 34 (FR = 0,89) se logró realizar una o varias entrevistas y aplicar el formulario protocolizado semiaabierto. En los cuatro casos en que no se lograron realizar entrevistas, esto se debió a dificultades de localización de familiares o allegados. En un caso se recibió la negativa de los padres del fallecido a participar de la entrevista, pero facilitaron el acceso de los investigadores a otros allegados y educadores vinculados al fallecido.

Tabla 1. Criterios de asignación de puntaje en la determinación del nivel socioeconómico

	Nivel 1 (1 punto)	Nivel 2 (2 puntos)	Nivel 3 (3 puntos)
Vivienda	Casa precaria o sin heladera	Casa de material con heladera	Casa de material con saneamiento y servicios suntuarios
Mayor nivel de instrucción de los padres	Primaria	Secundaria incompleta	Secundaria completa
Mejor nivel de ocupación e ingresos en la familia	Desocupado, changador o muy mal remunerado (servicio doméstico, guardia de seguridad)	Trabajo estable escasamente calificado público o privado	Trabajo calificado en el sector servicios, comerciante o dueño de medios de producción

Características demográficas

De los 38 casos analizados, 27 (FR = 0,71) correspondieron al sexo masculino y 11 (FR = 0,29) al sexo femenino, con un índice de masculinidad de 2,45.

En las tablas 2 y 3 se muestran las tasas estratificadas por edad y sexo.

La edad media fue de 17 años. Si la discriminamos por sexo, encontramos que la media de los varones fue de 17,3 años y de las mujeres de 16,3 años. El menor de los casos correspondió a una adolescente del sexo femenino de 12 años (figura 1).

La mayoría de los casos (n = 25; FR = 0,66) residía en departamentos del interior del país. En la tabla 4 se muestra la distribución por departamento.

Del total de los casos, 28 vivían en áreas urbanas y los 10 restantes en zonas rurales (7 varones y 3 mujeres).

Aplicando el score propuesto para el análisis del medio socioeconómico se comprobó que 25 de ellos (FR = 0,66) pertenecían al nivel socioeconómico bajo (figura 2).

Perfil y entorno familiar de los niños y adolescentes suicidas

En 13 casos (FR = 0,34) el fallecido tenía pareja conocida y de ellos cinco tenían hijos; 21 no tenían pareja y de cuatro no se tienen datos.

El nivel académico alcanzado se muestra en la figura 3. Sólo 12 de los fallecidos (FR = 0,32) cursaban estudios al momento de la muerte, coinciden con los de menor edad de la población en estudio y estaban cursando enseñanza secundaria.

De los 23 que no estaban cursando estudios al momento del suicidio, 11 sólo habían cursado la escuela a pesar de ser los de mayor edad; de tres casos se carece de

Tabla 2. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Frecuencia absoluta y tasas por grupo de edad

	10-14 años	15-19 años	10-19 años
Población	271.077	269.716	540.793
Frecuencia absoluta	4	34	38
Tasa/100.000	1,47	12,6	7

Tabla 3. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Tasas según grupo de edad y sexo

	10-14 años	15-19 años	10-19 años
Masculino	0,72	18,96	9,82
Femenino	2,25	6,0	4,14
Total	1,47	12,6	7,0

datos. En 14 casos (FR = 0,37) existía el antecedente de repetición escolar. Se registró el dato de una inflexión en el rendimiento escolar en diez casos (FR = 0,26); sin datos en ocho casos. En la mitad de los jóvenes que estaban cursando estudios al momento de la muerte (seis casos) se registró inflexión escolar; dos casos sin datos.

Al momento de la muerte, 20 de los jóvenes trabajaban (FR = 0,53), 16 varones y cuatro mujeres, en tanto que seis no tenían inserción académica ni laboral.

La creencia religiosa se consignó en 15 casos (FR =

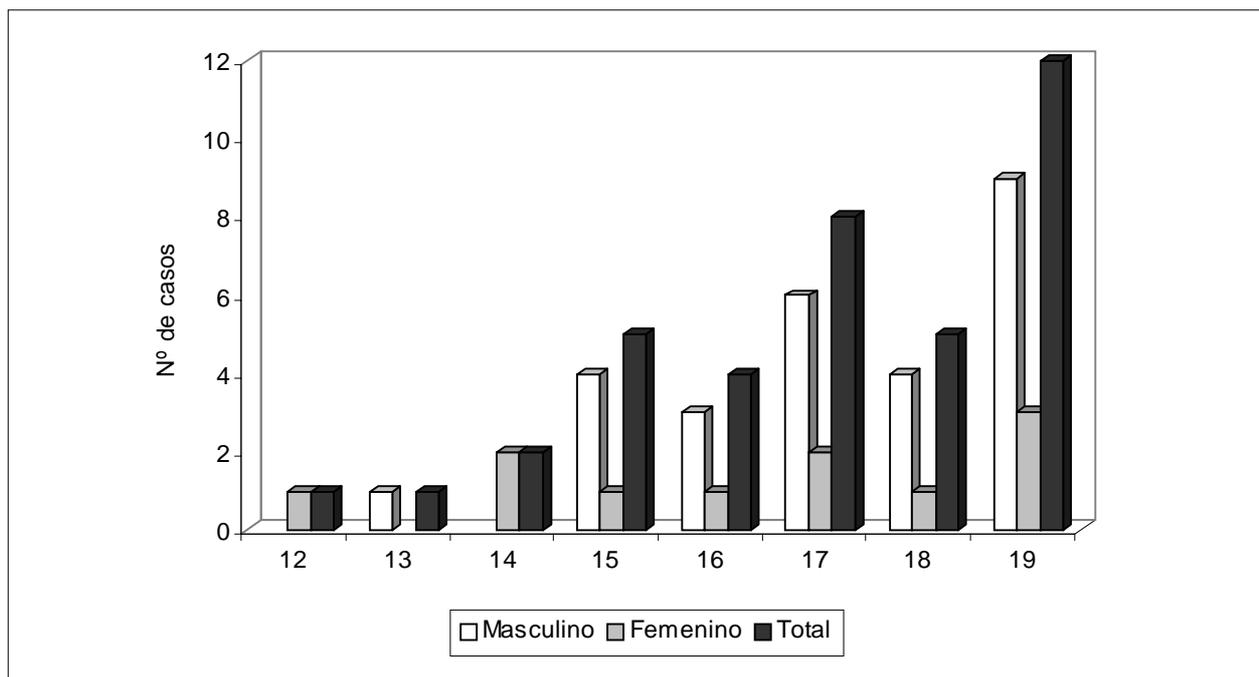


Figura 1. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Distribución de casos por edad y sexo

Tabla 4. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Distribución de casos por departamento

Departamento	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Montevideo	13	0,34
Canelones	5	0,13
Rivera	5	0,13
Colonia	4	0,11
Maldonado	3	0,08
Paysandú	3	0,08
Artigas	1	0,03
Cerro Largo	1	0,03
Durazno	1	0,03
Salto	1	0,03
Soriano	1	0,03
Flores, Florida, Lavalleja, R o Negro, Rocha, San José	0	0
Tacuarembó Treinta y Tres		

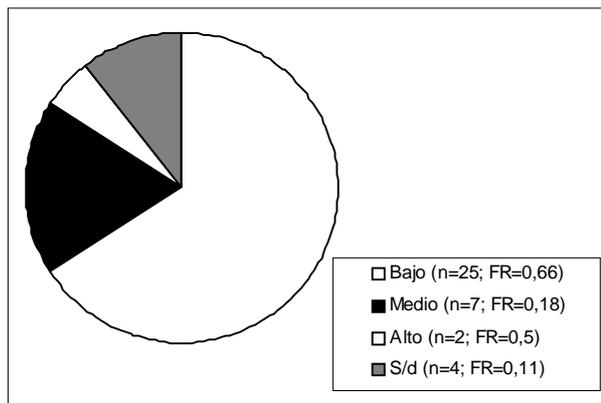


Figura 2. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Distribución de casos según el medio socioeconómico

0,39), en dos de ellos se podría establecer una tendencia fundamentalista; 17 de ellos no consignaban creencias, y de seis de ellos se carecía de datos.

La mayoría de los fallecidos vivían acompañados (34) (FR = 0,89). Los restantes cuatro vivían solos.

Cuatro de ellos eran hijos adoptivos; no se obtuvieron datos en cinco casos.

En cuanto al núcleo familiar de origen, se comprobó que la mitad de los que se obtuvo el dato (n = 34) procedía de hogares de padres separados; sin datos en cuatro casos.

Evaluación multiaxial retrospectiva al momento del suicidio

En el eje I (trastornos clínicos) se encontraron trastornos del estado de ánimo en 21 casos (FR = 0,55); de ellos, 20 eran trastornos depresivos y el restante un episodio mixto. La sintomatología ansiosa se encontró en nueve casos (FR = 0,24). La asociación de depresión y ansiedad se encontró en seis casos (FR = 0,16). En un caso se trataba

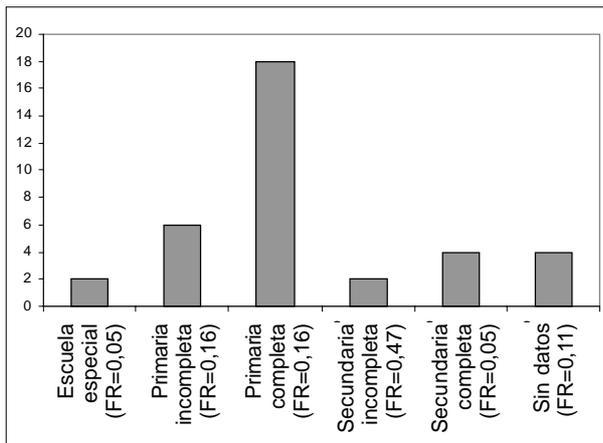


Figura 3. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Máximo nivel académico alcanzado

de un trastorno psicótico.

Se encontraron hábitos tóxicos (alcohol o drogas, o ambos, de abuso) en ocho casos (FR = 0,21).

En nueve casos (FR = 0,24) se encontró el antecedente en la infancia de trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, y en cinco casos (FR = 0,13) se encontró el antecedente en la infancia de síntomas sugestivos de un trastorno de ansiedad por separación.

En el eje II (trastornos de personalidad y retraso mental) se encontraron acentuados rasgos de personalidad en 23 casos (FR = 0,61). Ellos correspondieron al tipo A (paranoide, esquizoide o esquizotípico) en cuatro casos; al tipo B (trastorno antisocial, límite, histriónico o narcisista) 13 casos, y al tipo C (evitación, dependencia u obsesivo-compulsivo) en seis casos. En tres casos (FR = 0,07) existía el diagnóstico de retardo mental.

Dentro del eje III (enfermedades médicas) se encontraron cuatro casos (FR = 0,11) con enfermedad médica: psoriasis, obesidad mórbida, defecto neurosensorial congénito y cuadro agudo de abdomen grave.

En cinco casos existió consulta médica en el mes anterior al suicidio.

La mayoría de los jóvenes (n = 30; FR = 0,79) no estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico al momento del suicidio; sin datos en cuatro casos.

En los cuatro casos en que existió esta consulta, la autopsia psicológica reveló que cursaban depresión, pero sólo en uno de los cuatro se había hecho este diagnóstico y se administró tratamiento farmacológico antidepressivo.

En 11 casos existió consulta psiquiátrica o psicológica en algún momento de la vida. Sólo cuatro de los 38 estaban tratados con psicofármacos al momento del suicidio.

En 32 casos (FR = 0,84) los allegados manifestaron que no esperaban el suicidio; sin datos en cuatro casos. En los dos casos en que los allegados admitieron imaginar

el desenlace, había existido un aviso explícito de la intención de quitarse la vida.

El análisis del eje IV (problemas ambientales y psicosociales) muestra que de los 34 casos en que se accedió a la información, en 33 (FR = 0,97) existían uno o varios eventos vitales estresantes. El promedio de eventos vitales estresantes fue de 3,8 por caso.

El evento vital estresante más frecuente fue la violencia intrafamiliar (n = 18; FR = 0,47), seguido por los cambios de domicilio (n = 17), la separación de los padres y la ruptura de pareja o la falta de correspondencia afectiva (n = 15) y el antecedente de suicidio de un allegado (n = 14).

En 20 de los 34 casos en que se obtuvo información existieron uno o más eventos vitales estresantes sufridos dentro del mes previo al suicidio (promedio de 0,97 por caso), dentro de los que predominaron las separaciones de pareja o falta de correspondencia afectiva (n = 9), seguidos por los cambios de domicilio (n = 4), los problemas con la ley (n = 4) y las desavenencias con los padres (n = 3).

Características del acto suicida

La distribución según la estación se muestra en la figura 4.

El método suicida más empleado fue el disparo de arma de fuego (n = 19; FR = 0,50), seguido del ahorcamiento (n = 14; FR = 0,37). Se intoxicaron tres y se precipitaron dos casos.

En la figura 5 se muestra la relación entre el método suicida y el sexo.

En 15 de los 19 casos de suicidios por arma de fuego (FR = 0,79), las armas procedían del propio hogar; en un caso se carece de datos. En cuanto a la característica de las armas, consignamos que la mayoría (n = 13) eran armas cortas. De los cinco suicidios en que se empleó arma larga, cuatro ocurrieron en zona rural del interior del país y

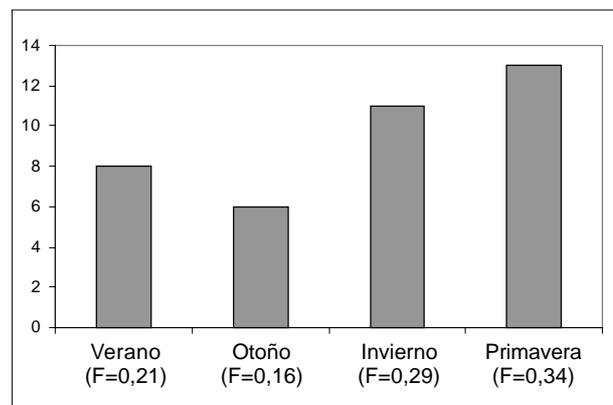


Figura 4. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Distribución de casos según la estación

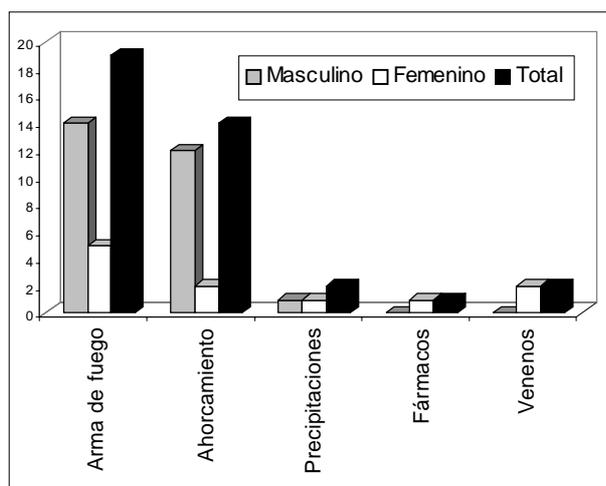


Figura 5. Suicidios de menores de 20 años en Uruguay en el año 2002. Distribución de casos por método suicida y sexo

todas esas armas procedían del propio hogar.

La mayoría de los suicidios ($n = 30$) ocurrieron en el hogar; en tres se carece de datos. Al momento de la muerte, 18 ($FR = 0,47$) de los fallecidos estaban solos y 17 estaban acompañados; en tres casos no se pudo establecer.

Los allegados reconocieron la existencia de uno o más avisos de la intención de suicidio en 18 casos ($FR = 0,47$); se carece de datos en tres casos.

En diez casos se encontró una nota suicida, siete de los cuales correspondieron a mujeres.

El antecedente de intento de autoeliminación se encontró en 12 casos ($FR = 0,31$) y se distribuyeron en igual número por sexo: seis hombres y seis mujeres. En la mayoría de ellos ($n = 7$; $FR = 0,58$) este intento había ocurrido en el último año; no hay datos en cinco casos.

Discusión

Las tasas de suicidio para los grupos etarios de 10-14, 15-19 y de 10-19 años y su discriminación por sexo, son similares a las de Estados Unidos en el año 1997^(9,23).

La preponderancia del sexo masculino en la población estudiada coincide con lo reportado en la bibliografía internacional, aunque en una relación menor (2,5:1) a la verificada en Estados Unidos y en la mayoría de los países europeos. La relación masculino/femenino disminuye con la edad, lo que también coincide con lo publicado internacionalmente. Sin embargo, en el grupo de 10-14 años resultó mayoritario el suicidio femenino, a diferencia de lo que se reporta en Estados Unidos, donde en esta franja se mantiene un franco predominio masculino de 3:1^(9,15,23,24).

La población estudiada pertenecía mayoritariamente a un nivel socioeconómico bajo, lo cual coincide con lo en-

contrado en trabajos nacionales anteriores sobre suicidios en la población general⁽¹⁾. Estudios nacionales recientes de suicidios en todas las edades muestra que a estos factores se atribuyó la motivación suicida en 24% de los casos⁽²²⁾. Sin embargo, eventos vitales estresantes, como la pérdida o el cambio de empleo, o el descenso en el nivel de vida, no fueron informados por los allegados como estresores relevantes para la decisión suicida.

Llama la atención la baja frecuencia de jóvenes que estaban insertos en el sistema educativo ($FR = 0,32$). Es de destacar el elevado índice de inflexión en el rendimiento académico de los que lo estaban ($FR = 0,50$), así como la existencia de un grupo de jóvenes ($FR = 0,16$) que estaba fuera del sistema educativo y laboral.

Si bien la bibliografía señala que la creencia y el fundamentalismo religioso operan como factores protectores, una parte importante de la población estudiada ($FR = 0,39$) profesaba una religión, incluidos dos casos que podrían catalogarse como próximos al fundamentalismo o fanatismo religioso⁽⁹⁾.

El método suicida preferido en ambos sexos fue el arma de fuego, al igual que lo publicado en Estados Unidos y a diferencia de los países europeos⁽²⁵⁻²⁸⁾. Resulta significativo que la gran mayoría de las armas de fuego empleadas para el suicidio procedían de los propios hogares, si bien es controvertido que la presencia de armas de fuego en los hogares aumente el riesgo de muertes de etiología intencional (homicidios y suicidios)⁽²⁹⁻³²⁾. El predominio en los varones del arma de fuego y el ahorcamiento, junto a una distribución más homogénea de las mujeres entre los distintos métodos, coincide con lo mencionado en la bibliografía nacional^(15,22). El uso de la ingestión de tóxicos como un método casi exclusivo de las mujeres coincide con lo hallado en la bibliografía nacional e internacional, tanto para la población general como para niños y adolescentes^(9,22,23).

La gran mayoría de los suicidios ocurrió en el hogar, coincidiendo con lo mostrado en trabajos extranjeros⁽²⁷⁾. La frecuencia del hallazgo de nota suicida ($FR = 0,26$) es más elevada que la que muestra la bibliografía extranjera^(21,33).

La constatación de la existencia de uno o más avisos de la intención suicida fue algo más baja que la referida en la bibliografía ($FR = 0,47$ frente a $FR = 0,60$), si bien en este estudio se aplicó un criterio restrictivo (comunicación explícita del deseo de cometer suicidio). Aun en los casos en que se reconoció la existencia de uno o más avisos, el suicidio fue considerado inesperado por la gran mayoría de los entrevistados ($FR = 0,89$)⁽³⁴⁾.

La frecuencia del antecedente de uno o más intentos de suicidio previos ($FR = 0,31$) es bastante coincidente con lo encontrado en estudios internacionales^(14,15). La discriminación por sexo muestra que este antecedente es

mucho más frecuente en la mujer (FR = 0,54) que en el varón (FR = 0,22), lo que también se repite en estudios extranjeros⁽³⁴⁾. Este antecedente es considerado uno de los principales factores de riesgo en las mujeres y el principal factor predictivo para los varones^(9,14,15,35).

La gran mayoría de los casos (FR = 0,79 del total y 0,88 para los casos en que se accedió a los datos necesarios para la evaluación diagnóstica) presentó patología psiquiátrica preexistente en los ejes I o II, o ambos, del DSM-IV. Esto concuerda con estudios europeos y norteamericanos. Las enfermedades más frecuentes dentro del eje I (trastornos del humor, consumo de sustancias y trastornos por ansiedad) son las mismas que reportan los referidos estudios. Los altos valores encontrados son más significativos aun si se toma en cuenta lo señalado en la bibliografía en cuanto a la validez de la autopsia psicológica para los diagnósticos psiquiátricos, la información aportada por los allegados tiende a menospreciar la existencia de patología psiquiátrica, y especialmente la depresión y el abuso de sustancias^(9,13-15,36).

La asociación encontrada de suicidio con eventos vitales estresantes vinculados a las relaciones interpersonales coincide con lo señalado en estudios previos^(37,38). Igualmente, la existencia del antecedente de suicidio de un allegado no llama la atención ya que ha sido reportado como un factor de riesgo de suicidio infanto-juvenil^(9,39,40). Algunos autores sostienen que estos eventos vitales estresantes raramente son causa suficiente para el suicidio, pero que actúan como precipitantes en jóvenes susceptibles^(9,39).

Por su discordancia con la bibliografía extranjera se destaca el bajo índice de consulta médica o psiquiátrica, o ambas, o psicológica en el mes y año previos al suicidio⁽³⁴⁾. Se requerirían nuevos estudios para determinar en qué medida este fenómeno obedece a dificultades de accesibilidad a la consulta de salud mental de tipo geográfico, económico o cultural. Asimismo, llama la atención que en la mayoría de los pocos casos que fueron captados no se realizó diagnóstico de depresión, por lo que no se instituyó el tratamiento correspondiente, lo que coincide con lo hallado por autores extranjeros⁽¹⁴⁾.

Conclusiones

La autopsia psicológica mostró ser una metodología útil para el estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay, debiéndose destacar la amplia colaboración prestada por los padres y allegados de los fallecidos.

Los resultados confirman en términos generales los datos conocidos aportados por los principales estudios extranjeros sobre suicidios de niños y adolescentes.

Dentro de las diferencias halladas con las publicaciones extranjeras, cabe destacar:

1. La feminización encontrada dentro de la población más joven.
2. El elevado porcentaje de casos que no estaban insertos en el sistema educativo ni laboral.
3. La baja frecuencia de consulta psiquiátrica o psicológica, en discordancia con la elevada frecuencia de patología psiquiátrica, avisos de intención suicida e intentos de suicidio previos.
4. La mayoría de los casos que estaban bajo consulta de salud mental no recibían tratamiento antidepressivo.

Agradecimiento

Los autores expresan su agradecimiento a la Suprema Corte de Justicia, al Ministerio del Interior y al Ministerio de Salud Pública por su cooperación para acceder a las fuentes de información; al licenciado Héctor García, y a los doctores Eduardo Orrico y Ruben Rivas por la colaboración prestada para la realización de las entrevistas; a la señora Iris Maresca por la colaboración prestada en el acceso a los certificados de defunción.

Summary

Suicide in Uruguay has been defined as a public health problem. Although the specificity of child and adolescent suicide there is no particular national literature. Worldwide, psychological autopsy has increased suicide study findings, especially in the child and adolescent suicide field.

Objectives: a) to conduct the first national psychological autopsy study in order to analyze child and adolescent suicide, b) to profile this specific population that committed suicide during 2002, family members and social environment, c) to determine the characteristics of suicide act and d) to compare results with international literature.

Methods: we conducted a comparative study of children and adolescents aged up to 19 years who had committed suicide during 2002 in Uruguay. Death certificates, police records, judicial notices, clinical records, diaries and suicide notes were studied as family members, friends, teachers and therapists were interviewed.

Results. Most of the 38 cases that filled the criteria were males (n = 27), mean age was 17 years. Among youth aged up to 15 years there was a female predominance. Only 12 of the total population were students and the majority of the youth suicide completers were not included in the educational or labour systems.

Multiaxial assessment showed high psychiatric disorders index. In axe I there was a predominance of anxiety and mood disorders while in axe II type B personality.

The majority (n = 30) was not treated at the time of decease. The few treated (n = 4) suffered depression, but

only one had current prescription for antidepressive medication. Multiple stress events were detected. Among those occurred the previous month, conjugal problems, moving home, legal problems and parental involved arguments were predominant.

Gunshot followed by hanging were the method most used. Intoxication was seen only in females. Almost half of the youth had a history of suicide threats and one third had a history of suicide attempts.

Conclusions: psychological autopsy was an important tool to study child and adolescent suicide in Uruguay. The results generally agree with the information coming from international studies. The study showed some differences: 1. Feminization of the population. 2. High percentage of youth out of the educational and labour systems. 3. Low percent of psychologice or psychiatric consultations compared to high percents of psychiatric disorders, previous suicide threats and suicide attempts. 4. The majority of the cases involved in mental health treatment did not received antidepressive therapy.

Résumé

Le suicide en Uruguay est un problème de santé publique. Même si le suicide d'enfants et d'adolescents présente des caractéristiques particulières, il n'y a pas de publications nationales sur ce groupe spécifique. L'autopsie psychologique a révoqué l'expertise du suicide et a été réussie pour l'étude du suicide chez les enfants et les adolescents dans d'autres pays.

Objectifs: a) faire la première expérience nationale d'emploi de l'autopsie psychologique afin d'étudier les suicides d'enfants et d'adolescents. b) décrire le profil de cette population ayant commis suicide en Uruguay en 2002, ainsi que son entourage familial et social. c) connaître les caractéristiques de l'acte suicide. d) comparer les résultats obtenus à ceux de la littérature étrangère.

Matériel et méthode: on fait une étude comparative de toutes les personnes âgées de moins de 19 ans s'étant suicidées en Uruguay en 2002. On a étudié les actes de décès, les rapports de police, les actions judiciaires, l'histoire clinique, les journaux intimes, notes de suicide et on a aussi contacté la famille, les amitiés, les enseignants et les thérapeutes.

Résultats: 38 cas dont la plupart des garçons, ont rempli les critères d'inclusion. (n= 27), moyenne d'âge 17 ans. Chez les mineurs de 15 ans, les femmes étaient un peu plus nombreuses. Seulement 12 suivaient des cours et la plupart ni étudiait ni travaillait. On a constaté une forte présence de troubles psychiatriques. Dans l'axe 1, les troubles de l'état d'esprit et l'anxiété ont prédominé; dans l'axe 2, la personnalité type B. La plupart (n=30) ne recevait pas de traitement au moment du suicide. Les rares cas en consul-

ta-tion (n=4) présentaient des signes dépressifs, dont un seulement prenait des médicaments spécifiques. On a aussi décrit des événements stressants multiples, et parmi ceux arrivés le mois précédent la mort on signale des problèmes dans le couple, des déménagements, des problèmes avec la loi et des désaccords avec les parents. Le moyen suicide le plus fréquent a été l'arme à feu, suivie de l'étranglement. L'intoxication a été d'emploi exclusif féminin. Presque la moitié des cas avait fait une annonce préalable explicite et pour le reste il existait des antécédents de tentative de suicide.

Conclusions: l'autopsie psychologique a été utile pour l'étude du suicide d'enfants et d'adolescents en Uruguay. Les résultats prouvent, en général, les données apportées par les expertises étrangères. Parmi les différences, on signale: 1. La féminisation parmi les plus jeunes. 2. Le haut pourcentage de cas n'étant pas insérés dans le système éducatif ni de travail. 3. Les consultations psychiatriques ou psychologiques restant très rares, ce qui est opposé à un taux élevé de pathologie psychiatrique, aux annonces d'intention suicide et aux tentatives préalables de suicide. 4. La plupart des cas en consultation médicale ne recevaient pas de traitement anti-dépressif.

Bibliografía

1. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev Med Urug* 1990; 6(3): 203-15.
2. **Ministerio de Salud Pública.** Dirección General de la Salud. Unidad Central de Salud Mental. Informe sobre suicidio en Uruguay. Montevideo: MSP, 2000: 17p.
3. **Lucero RK.** Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972-1992). *Rev Med Urug* 1998; 14(3): 236-47.
4. **Maresca I.** Informe del Departamento de Estadística sobre mortalidad por suicidios. Montevideo: MSP, 1998: 16p.
5. **Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV. La situación epidemiológica actual. *Rev Med Urug* 2001; 17(1): 24-32.
6. **Pawlak C.** De l'individu au collectif: l'épidémiologie des conduites suicidaires. In: Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide.* Paris: Masson, 1995: 11-7.
7. **Viscardi N, Hor F, Dajas F.** Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Rev Med Urug* 1994; 10(2): 79-91.
8. **Bailador P, Viscardi N, Dajas F.** Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes en Montevideo. *Rev Med Urug* 1997; 13(3): 231-23.
9. **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(7 Suppl): 24S-51S.
10. **Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, et al.** Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45(6): 581-8.
11. **Bille-Brahe U, Schmidtke A.** Conduites suicidaires des adolescents: situation en Europe. In: Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide.* Paris: Masson, 1995: 18-38.

12. **Robins ER, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kayes J.** Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959; 49(7): 888-99.
13. **Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK.** Mental disorders in adolescent suicide: DSM III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19- years-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(9): 834-9.
14. **Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, et al.** Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(4): 339-48.
15. **Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L.** Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(12): 1497-505.
16. **García Pérez T.** La autopsia psicológica en las muertes violentas. *Rev Esp Med Leg* 1999; 23(86-87): 75-82.
17. **García Pérez T.** La autopsia psicológica en el suicidio. *Med Leg Costa Rica* 1999; 15(1-2): 22-4.
18. **Berro G, Puppo D, Soiza A.** Suicidio esquizofrénico (a propósito de una inusual observación). *Rev Psiquiatr Urug* 1983; 48: 192-202.
19. **Puppo D, Soiza A, Georgieff L, Puppo Touriz H.** Estudio multidisciplinario de un suicidio. *Rev Psiquiatr Urug* 1986; 51: 23-32.
20. **Puppo D.** Autopsia psicológica de 50 suicidios. *Rev Psiquiatr Urug* 1981; 46: 111-8.
21. **Puppo Touriz H, Berro G, Soiza A, Puppo D.** Diagnóstico medicolegal del suicidio. Empleo de una metodología confiable. *Rev Psiquiatr Urug* 1982; 47: 194-202.
22. **Lucero R, Díaz N, Villalba L.** Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Rev Psiquiatr Urug* 2003; 67(1): 5-20.
23. **National Center for Health Statistics.** Death rates for 72 selected causes, by 5-year age groups, race, and sex: United States, 1979-1997. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2000. Obtenido de: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/statab/unpubd/mortabs.htm>. Consultado: 20/3/2003.
24. **Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, et al.** Parasuicide in Europe: the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85(2): 97-104.
25. **Brent DA, Perper JA, Allman CJ.** Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *JAMA* 1987; 257(24): 3369-72.
26. **Boyd JH, Moscicki EK.** Firearms and youth suicide. *Am J Public Health* 1986; 76(10): 1240-2.
27. **Lee CJ, Collins KA, Burgues SE.** Suicide under the age of eighteen: a 10-Year retrospective study. *Am J Forensic Med Pathol* 1999; 20(1): 27-30.
28. **Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M, Allman C.** Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(3): 494-500.
29. **Brent DA, Perper J, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C.** Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. *Am J Dis Child* 1993; 147(10): 1066-71.
30. **Kellermann AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG, et al.** Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med* 1992; 327(7): 467-72.
31. **Cummings P, Grossman DC, Rivara FP, Koepsell TD.** State gun safe storage laws and child mortality due to firearms. *JAMA* 1997; 278(13): 1084-6.
32. **Loftin C, McDowall D, Wiersema B, Cottey TJ.** Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med* 1991; 325(23): 1615-20.
33. **O'Donnell I, Farmer R, Catalan J.** Suicide notes. *Br J Psychiatry* 1993; 63: 45-8.
34. **Marttunen M, Hillevi A, Markus H, Jouko L.** Le suicide des adolescents en Finlande. In: Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide*. París: Masson, 1995: 39-46.
35. **Shaffer D, Craft L.** Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 2): 70-4.
36. **Kelly TM, Mann JJ.** Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(5): 337-43.
37. **Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK.** Precipitant stressors in adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(6): 1178-83.
38. **Garrison CZ, Jackson KL, Addy CL, McKeown RE, Waller JL.** Suicidal behavior in young adolescents. *Am J Epidemiol* 1991; 133(10): 1005-14.
39. **Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D.** Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(12): 1155-62.
40. **Brendt DA, Bridge J, Jonhson BA, Connolly J.** Suicidal behavior runs in families. A controlled family study adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(12): 1145-52.