

Teresita García Pérez

Pericia en Autopsia Psicológica

- **Método de estudio de las víctimas de suicidio, homicidio, asesinato y accidentes.**
- **Aplicación criminalística, al derecho penal y al civil, y a la prevención de muertes violentas.**
- **El MAPI y su generalización a América latina.**



Ediciones La Rocca

Notas curriculares

TERESITA GARCÍA PÉREZ

Doctora en ciencias médicas (Ph D). Especialista de segundo grado en psiquiatría. Profesora asistente adjunta de la Universidad de La Habana. Profesora titular adjunta del Instituto Superior del Ministerio del Interior. Miembro de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y de la Sociedad Cubana de Medicina Legal. Presidenta del Consejo Consultivo Nacional de Investigación Criminal de Cuba. Funcionaria honoraria del Departamento Nacional de Homicidios de la Dirección Técnica de Investigaciones del Ministerio del Interior. Miembro fundador de la Asociación Iberoamericana de Investigación Judicial. Coordinadora de la Red Latinoamericana de Violencia y Salud, subordinada a ALAMES.

TERESITA GARCÍA PÉREZ

Pericia en autopsia psicológica

Consideraciones preliminares. Suicidología. Investigaciones criminológicas. Accidentología. Aplicación a la investigación criminal (*aplicación criminalística*); al derecho penal y al civil, y a la prevención de las muertes violentas en la comunidad. Manual para el uso del MAPI. La generalización del MAPI a América latina. Glosario.



Ediciones La Rocca

BUENOS AIRES

2007

García Pérez, Teresita
Pericia en autopsia psicológica
1ª ed. Buenos Aires. La Rocca. 2007
256 ps. 20 x 14 cm
ISBN 978-987-517-103-9
1. Criminología. I. Título
CDD 364

© 2007, Ediciones La Rocca S.R.L.
Talcahuano 467 - (C1013AAI) Buenos Aires - Argentina
Tel.: (0054-11) 4382-8526
Fax: (0054-11) 4384-5774
e-mail: ed-larocca@uolsinectis.com.ar
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723
Derechos reservados
Impreso en la Argentina

FOTOCOPIAR ES DELITO

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, así como tampoco su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de los titulares del *copyright*. La violación de este derecho hará pasible a los infractores de las penas previstas en la ley 11.723, ley 25.446, y el Código Penal de la Nación Argentina.

PRÓLOGO

Tomé contacto por primera vez con la temática propuesta por la autora en este trabajo, allá por el año 1995, en el "Primer Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica", que se llevó a cabo en Santiago de Chile, dado que un grupo de profesionales cubanos la presentó como forma de trabajo investigativo. En rigor, estos esforzados científicos habían llevado como propuesta investigativa el tema "autopsia psicológica", que surgió varias décadas antes a partir de una curiosa técnica poco conocida, obra del genio y la frustración del médico forense Theodore Curphey, en 1958, quien, en Estados Unidos, investigando muertes por droga, al no lograr lo que deseaba, invitó a unirse a la cruzada a científicos conductistas (Farberow, Shneidman y Litman), quienes acuñaron finalmente el término A. P. (autopsia psicológica).

De este modo fue descripta luego por los tres psiquiatras en 1961, y desarrollada en la ciudad de Los Ángeles como método de discusión de los médicos forenses, sobre "muertes de etiología dudosa". En efecto, la expresión "autopsia psicológica" nos dice que el procedimiento tiene que ver con la clarificación de la naturaleza de una muerte (de autopsia: "ver por los propios

ojos”) y que se centra en los aspectos psicosociológicos de la misma, con lo que en rigor de verdad contiene una alta carga metafórica.

Como se verá en este trabajo, se trata de un proceso de colección de datos y análisis, una técnica esencialmente psicobiográfica que trata de reconstruir las circunstancias de un fallecimiento con el énfasis puesto en el examen de los eventos de la vida del fallecido inmediatamente antes de su muerte.

Ya en 1997, en el “Segundo Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica”, realizado en La Habana (Cuba), Teresita presentó el método pulido, perfeccionado y sistematizado, revelándose como una excelente e incansable investigadora de la tarea forense del Poder Judicial de Cuba, quien actuaba con la colaboración de otros profesionales mexicanos entrenados y formados por ella, a modo de unidades o equipos de autopsia psicológica. Todos, profesionales entrenados y que trabajan de manera específica en esta temática. No sólo nos hablaron y desarrollaron la temática sino también su metodología de trabajo, lo que nos ofreció gentil y desinteresadamente como aporte verbal y escrito en el curso de toda una hermosa tarde teñida de diálogos profundos sobre esta atrapante temática, con la majestuosa cordillera andina sirviéndonos de marco. Luego de la exposición, conversamos largamente —juntamente con Teresita García Pérez—, con ese brillante profesional del área de la psicología jurídica, que es Rodríguez Acosta de Puerto Rico, quien también aportaba desde su experiencia el trabajo que hacen en su país, no como “unidad de autopsia psicológica específica” que concurre al lugar del hecho de manera conjunta con el médico forense e investigadores, en el momento de producirse el hecho —trabajo que efectúa García Pérez—, sino como una “pericia psicológica especial” (estudio retrogrado de la víctima). Ésta es la forma que pretendemos para Argentina, porque aún no hemos podido lograr la conformación de una o más “unidades de autopsia” que trabajen sólo en esta

área investigativa, tal cual lo propone el modelo cubano de la doctora Teresita García Pérez (más complejo y que requiere de mayores recursos).

Nos reencontramos con García Pérez en San Pablo ("Tercer Congreso Iberoamericano", en 1999) y reaseguramos vínculos científicos y personales, avanzando en la convicción de la utilidad innegable de este método investigativo e intercambiando nuevas impresiones.

Debe destacarse que en Argentina utilizamos el modelo cubano en cuanto a metodología y técnica de entrevistas y análisis del material recabado a través de los MAP 1 y MAP 2 (modelos de autopsia psicológica) propuestos por Teresita García Pérez desde entonces, por su innegable utilidad y resultados altamente recomendables. Especialmente se utiliza el MAP 1 para causas por accidentes y suicidios y en causas civiles, mientras que el MAP 2 se emplea para causas por homicidios o cuando se ha producido un homicidio y no se ha podido descubrir a su autor. En Córdoba (Argentina), ha resultado un elemento especial de aporte a la investigación procesal en casos como los referidos y reportados, que logra orientar la investigación aun en nuevas líneas, corroboradas luego con prueba objetiva e independiente del análisis de la A.P., realizadas por la investigación procesal, ya que no poseemos una unidad de investigación en A.P., como meritoriamente lo conformó en Cuba, la autora de este trabajo.

Prologar un libro, es un honor en cualquier caso, hacerlo para esta gran e incansable investigadora, excelente profesional y exquisita persona resultaba doblemente halagüeño y de una enorme responsabilidad, pero si además Teresita quiere compartir el resultado de sus investigaciones generosamente en bien de las ciencias forenses, este breve prólogo constituye un inmerecido honor, porque seguramente impactará enormemente en las investigaciones y el desarrollo de la ciencia psicológica, forense e investigativa, a muy corto plazo. Agradezco a la autora, que me haya distinguido con su elección.

La autora se presenta a sí misma a través de su texto, con párrafos contundentes, riquísimos en experiencia, desde un saber generoso, desde lo experiencial y lo reflexivo, producto de profundos y prolongados estudios, de debates que se extendieron por años, a partir de casos reales, evaluados y comprobados severamente y cuyos resultados y conclusiones ha compartido generosamente con otros profesionales (psicólogos, jueces, fiscales, investigadores, médicos, etc.). Teresita ha templado el manejo de instrumentos de nuestra hermosa y compleja ciencia, la "psicología", en el día a día, y nos ofrece el primero de muchos trabajos a los que en Argentina al menos daremos una calurosa bienvenida.

LILIANA ANGELINA DE LICITRA *
Córdoba, verano de 2007

* Especialista en psicología jurídica y en psicología clínica. Directora en psicodrama. Ex jefe del servicio de psicología forense del Poder Judicial de Córdoba (Argentina). Vocal de la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	9
PRÓLOGO	11
INTRODUCCIÓN	19

CAPÍTULO PRIMERO CONSIDERACIONES PRELIMINARES

1. Introducción	21
2. Marco teórico	23

CAPÍTULO II LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA EN LA SUICIDOLOGÍA

1. La autopsia psicológica como método de estudio de la víctima de suicidio	27
---	----

2. Metodología empleada	28
Pasos a seguir para la validación del instrumento	29
1. Primero	29
2. Segundo	30
3. Tercero	30
3. Criterios operacionales	31
Casos de estudio	35
4. Resultados obtenidos	36
a) Primera parte	36
b) Segunda parte	39
c) Tercera parte	42
5. Conclusiones	61

CAPÍTULO III

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA EN LAS INVESTIGACIONES CRIMINOLÓGICAS

1. La aplicación del método de autopsia psicológica al estudio de las víctimas de homicidio y asesinato (aplicación criminológica)	63
2. Marco teórico	65
a) Clasificación de Beniamin Mendelsohn	68
b) Tipología de Hans von Heuting	69
c) Clasificación de Jiménez de Asúa	71
d) Clasificación de Abdel Ezzat Fattah	71
e) Clasificación de Stephen Schafer	72
3. Metodología empleada	72
Principios metodológicos	73
1. Antecedentes patológicos familiares y sociales	75
2. Introducción de variables	76
4. Resultados	80
5. Conclusiones	106

CAPÍTULO IV
LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA
EN LA ACCIDENTOLOGÍA

1. Aplicación del método de autopsia psicológica al estudio de las víctimas de accidentes de tránsito	109
2. Metodología	110
3. Resultados	111
4. Conclusiones	119

CAPÍTULO V
APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MÉTODO
A LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL
(*aplicación criminalística*)

.....	121
¿Cómo hacemos el análisis en la generalidad de los casos? Evaluando	123

CAPÍTULO VI
APLICACIÓN DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA
AL DERECHO PENAL Y AL CIVIL

.....	127
Casuística	128
a) Adolescente	128
b) Homosexual	129
c) Víctima provocadora	130
d) Anciano	131

CAPÍTULO VII
APLICACIÓN DEL MÉTODO A LA PREVENCIÓN
DE LAS MUERTES VIOLENTAS EN LA COMUNIDAD

..... 133

CAPÍTULO VIII
MANUAL PARA EL USO DEL MAPI

..... 137

CAPÍTULO IX
LA GENERALIZACIÓN DEL MAPI
A AMÉRICA LATINA

..... 205

GLOSARIO 211

BIBLIOGRAFÍA 229

INTRODUCCIÓN

Escribir un libro es un proceso tan delicado y creativo como tener un hijo; de ahí entonces que, tal y como recordamos cada etapa del embarazo, de la misma manera lo hagamos con todas y cada una de las de nuestro libro, y en ese recuento no podemos olvidar a quienes nos alentaron, a los que nos apoyaron, desde que la idea surgió en nuestra mente. Ése es el motivo por el cual en este momento recordamos la primera vez que hablamos de escribir acerca de esta pericia, hecho acaecido en la ciudad de Querétaro, en México, en 1994, en ocasión de llevarse a cabo el “Congreso Mundial de Ciencias Forenses”, oportunidad en que nuestro amigo José Manuel Gamboa Tirado —por aquel entonces jefe de los Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado— nos propuso que recogiéramos las experiencias de la aplicación de la técnica para poder transmitir a los peritos en psicopatología, así como también a los demás peritos actuantes en casos de muertes dudosas o equívocas, las bases del procedimiento.

Comenzamos a trabajar, y paulatinamente fuimos incorporando otras experiencias que, utilizando el método nuestro, se desarrollaron primero en México y luego en otros países del

área, tales como Honduras, Costa Rica, Chile y Colombia, las cuales se contextualizaban a sus realidades culturales y a sus sistemas de administración de justicia.

Tres años después tuvimos la oportunidad de coincidir en la asistencia al “Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica”, celebrado en La Habana, con la licenciada Liliana Angelina de Licitra —prologuista del presente trabajo—, psicóloga forense de Córdoba, Argentina, quien introdujo el MAPI —modelo cubano de autopsia psicológica— en ese país. Sin embargo, pasarían casi diez años para que, en un evento organizado por el Consejo Nacional de Graduados de las Ciencias Criminológicas, en diciembre del 2005, conociéramos al licenciado José Ernesto Fernández Antonio, quien tuvo la gentileza de ponernos en contacto con EDICIONES LA ROCCA, para que finalmente se materializara un libro que ofreciera las bases de esta pericia. El mismo evento aludido fue el marco para conocer al licenciado Luis Disanto, eminente psicólogo especializado en seriedad criminal, quien colaboró —juntamente con el licenciado Raineri Rojas López, jurista cubano— en la confección de un glosario de términos que en mucho ayuda a la comprensión de la totalidad del texto.

Quisimos hacer esta breve nota introductoria a modo de sucinto recuento de los antecedentes de esta publicación, con la cual esperamos poder contribuir a la incorporación de una herramienta pericial más en el complicado pero apasionante mundo de la investigación criminal.

LA AUTORA

La Habana, febrero de 2007

CAPÍTULO PRIMERO

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

1. INTRODUCCIÓN

En las postrimerías del siglo xx asistimos al desmesurado incremento de la violencia en el orbe, se trata de un fenómeno histórico de etiología multifactorial ¹, en el cual inciden las condiciones y procesos económicos, sociales, jurídicos, políticos, culturales y psicológicos ².

Tal y como expresa la "Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud", la violencia constituye una seria amenaza a la paz y seguridad ciudadana y un creciente problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida perdidos y sus efectos psicosociales en las poblaciones ³.

¹ Mazola Fiallo, M. E., *Sobre los factores históricos de la violencia en Cuba*, ponencia presentada en el Taller Sociedad, Salud y Violencia, IML, nov.-1994.

² Mazola Fiallo, M. E., *Sobre ...*, citado.

³ Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, Bol. Ofic. Sanit. Panam, vol. 118, n° 2, feb.-1995.

En su forma extrema la violencia física puede determinar la muerte de un ser humano. Desde el punto de vista medicolegal esta muerte puede ser clasificada como suicida, homicida o accidental ⁴.

La práctica pericial cotidiana nos enfrenta con frecuencia al estudio de casos en los cuales la etiología medicolegal de una muerte violenta resulta dudosa, pues ni el médico legista, ni el criminalista, así como tampoco el instructor policial, tienen los elementos necesarios para afirmar o excluir una u otra; éstos son los casos en los cuales, como dice Le Moyne Snyder ⁵ "lo que generalmente falta es el conocimiento del factor determinante, es decir, lo que acontecía en la mente de la víctima contemporáneamente con la hora de su muerte".

Llegar a conocer este factor muchas veces determinante a través de una metodología que tuviese el imprescindible rigor científico que la hiciera tributaria de merecer el rango de prueba pericial, fue nuestra motivación fundamental al emprender la validación de la técnica de autopsia psicológica que constituyó nuestra tesis de doctorado en ciencias médicas.

Por eso nos sentimos en la necesidad de ofrecer a los lectores una síntesis de las tres investigaciones que dieron sustento al empleo de esta técnica en nuestro país, para luego pasar a profundizar en la parte práctica, correspondiente a la experiencia acumulada en su aplicación. Es precisamente la parte práctica la que hemos llevado a la forma de manual.

En los primeros capítulos de este trabajo compactaremos esos resultados principales de las investigaciones a través de las cuales se validó la metodología, y se logró la caracterización de las víctimas de muertes violentas en la ciudad de La Habana. Los capítulos siguientes recogen los instrumentos

⁴ OPS-OMS, *Clasificación internacional de enfermedades*, Revisión, 1974, vol. 1.

⁵ Snyder, L. M., *Investigación de homicidios*, Cptán San Luis, ciudad de La Habana, p. 19.

necesarios y las indicaciones imprescindibles para lograr su aplicación en los diferentes campos (criminalística, criminología, derecho civil y penal, y prevención comunitaria).

2. MARCO TEÓRICO

Como antecedente histórico del surgimiento de la autopsia psicológica como técnica pericial se recoge en nuestro país el análisis psicológico del teniente Jack Lester Mee, héroe de la Segunda Guerra Mundial, víctima de un homicidio a manos de su amante, en 1947, a solicitud del letrado de la defensa para probar que el occiso era "anormal y peligroso" como justificación al gesto homicida de su cliente. En aquella ocasión los doctores Díaz Padrón y Henríquez estudiaron cartas, diario íntimo y un libro de poemas escrito por el finado; también revisaron la historia clínica de un hospital militar donde había estado recluido el que resultara víctima, pudiendo establecer que padecía un trastorno de la personalidad particularmente centrado en su vida sexual⁶.

En los años 50 el jefe de exámenes médicos forenses de Los Ángeles, California, comenzó a remitir las muertes equívocas al Centro de Prevención del Suicidio, para su investigación, solicitando consulta para la determinación de la certificación más apropiada de la muerte —suicidio o accidente⁷. A partir de la necesidad objetiva de uniformar la recogida de la información, Robert Litman estableció los elementos esencia-

⁶ Díaz Padrón, J. A., y Henríquez, E. C., "Análisis psicológico de un muerto (el homicidio del Teniente Jack Lester Mee)", en *Responsabilidad criminal ante los tribunales*, La Habana, 1947, ps. 243-75.

⁷ Curphey, T. J., *The role of the social scientist in the medico-legal certification of death by suicide. The Cry for Help*, N. L. Farberow and Shneidman, MacGraw Hill, New York, 1961, ps. 45-59.

les para el proceso de investigación, al cual denominó "autopsia psicológica"⁸, y que ha sido utilizado desde entonces para la definición de la etiología medicolegal de muertes dudosas, donde una de las hipótesis a descartar es el suicidio⁹.

La autopsia psicológica es un procedimiento para evaluar después de la muerte cómo era la víctima antes de la muerte¹⁰. El método de Litman consiste en reconstruir en un sentido biográfico la vida de la persona fallecida, enfatizando aspectos tales como su estilo de vida, personalidad, estrés recientes, enfermedad mental y comunicación de ideas orientadas a la muerte, con especial focalización sobre los últimos días y horas. Esta información es recogida de documentos personales, registros policiales y médicos, expedientes judiciales y de las entrevistas con la familia, amigos, socios de trabajo o escuela y médicos, todas las cuales son realizadas en forma abierta.

La mayor aplicación de la autopsia psicológica ha sido en estudios relacionados con el suicidio con fines preventivos. En 1979, Terroba y Saltijeral, del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, propusieron un método de autopsia psicológica para el estudio del suicidio, que aunque fue evaluado como confiable, sus propios creadores señalaron que necesitaba sistematizar los criterios de calificación y la definición de los síntomas en cada una de las escalas, pues se trataba de un instrumento semiestructurado, que por su propio diseño dejaba margen a la interpretación subjetiva¹¹.

⁸ Litman, R. E., *Psychological-psychiatric aspects of certifying modes of death*, J. Forensic Sc, vol. 13, n° 1, jan.-1968, ps. 46-54.

⁹ Litman, R. E. et al., *Investigation of equivocal suicides*, JAMA, 1963, vol. 184, ps. 924-29.

¹⁰ Litman, R. E., *500 psychological autopsies*, J. Forensic Sc, vol. 34, n° 3, may.-1989, ps. 638-46.

¹¹ Terroba, G., y Saltijeral, M. T., *La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio*, Sal. Púb. Méx., vol. 25, 1983, ps. 285-93.

La Sociedad Americana de Medicina (AMA) y la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) aplicaron un método similar utilizando entrevistas semiestructuradas destinadas al estudio del suicidio consumado en médicos durante los años 1982 a 1984. El cuestionario tenía 58 largas páginas que recogían la historia médica (orgánica), personal, familiar y educacional, salud física y mental, relaciones interpersonales, vida familiar, práctica profesional, circunstancias financieras y una evaluación y análisis narrativo en el cual los entrevistadores daban su interpretación de los resultados, lo cual obviamente establece un importante margen de sesgo ¹².

Los psiquiatras infanto-juveniles, por su parte, adoptaron una metodología de autopsia psicológica que, a partir de una guía de eventos (historia médica, psiquiátrica y escolar, eventos vitales significativos tales como muertes, pérdidas, intentos suicidas o suicidios y reconstrucción de la conducta del suicida durante el último año, semana y día del suicidio), establecía una especie de dinámica familiar en la cual usualmente participaban todos los miembros de la familia, dando rienda suelta a la libre expresión de las confesiones de sentimientos y pensamientos sobre el fallecido y la forma en que se privó de la vida ¹³. Este método resultaba obviamente más terapéutico en función de la posvención que confiable en cuanto a la objetividad de la información obtenida.

Revisamos otros modelos, cuestionarios e instrumentos creados con el objeto de estudiar al suicida o a la víctima de una muerte equívoca, donde la hipótesis a manejar eran el sui-

¹² Douglas, A., y Sargent, J. D., *Council of Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project. Stage II*, JAMA, June-5, vol. 257, n° 21, ps. 2949-53.

¹³ Shneidman, E. S., *Suicide among the gifted. Suicidology contemporary developments*; De Greenblatt, M. D., Grune & Stratton, 1976, ps. 341-68.

cidio o el accidente ¹⁴; todos resultaron ser igualmente semiestructurados o abiertos, con el correspondiente margen de sesgo dado por la interpretación subjetiva de los exploradores.

¹⁴ Blachly, P., *Which MDS are likely candidates for suicide?*, Med. World News, april 19, 1979, ps. 20-22. Ross, M., *Suicide among physicians: A psychological study*, Dis. Nerv. Syst., 1973, 34:145-50. Spellman, A. et al., *Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The psychological autopsy in jail suicides*. Psychiatry, 1989 Summer, 60(2), ps. 173-83. Andersson-Segesten, K., *The last period of life of the very old. A pilot study evaluating the psychological autopsy method.*, Scand. J Caring Sci., 1989, 3(4), ps. 177-81. Diller, J., *The psychological autopsy in equivocal deaths*, Perspective Care, vol. 17, n° 4, july-aug.-1979, ps. 156-61. Brent, D. A. et al., *The psychological autopsy: methodological consideration for the study of adolescent suicide*, J Am Acad Child Adolesc, Psychiatry 27(3), 1988, ps. 362-66.

CAPÍTULO II

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA EN LA SUICIDOLOGÍA

1. *LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA COMO MÉTODO DE ESTUDIO DE LA VÍCTIMA DE SUICIDIO*

El término *suicidio*, definido por Shneidman como “el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar”¹, abarca una infinidad de estados motivacionales conscientes e inconscientes². Desentrañar esta dinámica cuyo enigmático núcleo se lleva el suicida a la tumba es harto difícil.

La historia de la suicidología nos ofrece dos tendencias principales en la interpretación del fenómeno autoquírlico: la sociológica, que le transfiere la culpa a la sociedad, representada por Durkheim³ y sus seguidores, y la psicológica, representada por Freud y sus discípulos, quienes lo ven como expre-

¹ Shneidman, E. S., *Deaths of man*, Quadrangle Books, New York, 1973, ps. 14-17.

² Shneidman, E. S. et al., *The psychology of suicide*, Science House, New York, 1970, ps. 20-5.

³ Durkheim, E., *Suicide*, The Free Press, New York, 1951.

sión de una carga inconsciente de hostilidad dirigida contra el objeto amado previamente introyectado ⁴.

Sin dejar de reconocer aportes de estudios previos del suicidio y las consideraciones teóricas existentes en relación con el mismo ⁵, consideramos que la verdadera era del estudio de este fenómeno comienza con Litman, creador de la autopsia psicológica como método de exploración profunda y retrospectiva del fallecido ⁶.

Esta reconstrucción posmortem del diagrama presuicida y de los eventos señales que pudieran considerarse disparadores del suicidio no es ni mucho menos fácil, pues a menudo los investigadores se encuentran con actitudes reticentes o posiciones distorsionantes por parte de los sobrevivientes, que se resisten a admitir la realidad ⁷ y aumentan la posibilidad de sesgos que pueden desalentar la investigación.

Tomando como marco teórico las investigaciones de Robert Litman ⁸, así como las de Terroba y Saltijeral ⁹, y sin dejar de nutrirnos de los clásicos ya precitados, emprendimos una investigación que nos permitiera validar una metodología propia para nuestro país.

2. METODOLOGÍA EMPLEADA

A partir de la evidencia de que nos enfrentamos al estu-

⁴ Freud, S., *Trauer und melancholie*, Ges WX, Imago, London, 1917, ps. 427-46.

⁵ Menninger, K., *Man against himself*, Harcourt Brace Jovanovich Inc., New York, 1938.

⁶ Litman, R. E. et al., *Investigation...*, citado.

⁷ Pokorny, A. D., *Prediction of suicide in psychiatric patients*, Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 40:249-57.

⁸ Litman, R. E., *Psychological-psychiatric...*, cit.; *id.*, *500 psychological autopsies...*, cit.; Litman, R. E. et al., *Investigation...*, citado.

⁹ Terroba, G., y Saltijeral, M. T., *La autopsia...*, citado.

dio de un hecho fatal consumado, no podemos estudiarlo por métodos directos; es necesario entonces, desarrollar métodos indirectos inferenciales, buscando la información del fallecido en las personas más allegadas que se supone lo conocieron más íntimamente.

Este método de exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida del occiso a través de la entrevista a terceras personas se denomina *autopsia psicológica*.

Para recoger la información necesaria confeccionamos un instrumento inicial, el cual fue aplicado al menos a dos familiares, convivientes o allegados del suicida.

La entrevista a cada persona fue realizada de manera independiente y absolutamente privada, después de explicarle el carácter confidencial de la información solicitada y sus fines puramente científicos.

En cada caso estudiado cruzamos la información ofrecida por cada fuente con el objeto de medir el grado de concordancia en cada ítem, el cual fue sometido a análisis porcentual.

Previo a la realización de las entrevistas revisamos el expediente medicolegal; a fin de conocer los elementos técnicos de certeza del establecimiento de la etiología, así como las peculiaridades de la escena de la muerte y declaraciones de testigos que pudieran sernos útiles como fuentes.

Pasos a seguir para la validación del instrumento.— Ellos fueron tres.

1. *Primero.* Aplicación al estudio de todos los suicidas con residencia permanente en el municipio Centro Habana (de acuerdo con los datos de identidad) cuya defunción ocurrió durante el año 1990, cruzando la información obtenida de dos fuentes diferentes por cada caso de estudio y analizando los índices de concordancia, aplicando el coeficiente de concor-

dancia de Kappa ¹⁰. Los datos de las víctimas fueron tomados de los expedientes medicolegales que obran en el Departamento de Registros Médicos del Instituto de Medicina Legal de la ciudad de La Habana.

2. *Segundo.* Aplicación al estudio de los veinte primeros suicidios registrados por el Instituto de Medicina durante el año 1991, cruzando la información obtenida por dos exploradores diferentes por cada caso de estudio y analizando los índices de concordancia. Los datos generales de identidad de las víctimas fueron también tomados de los expedientes medicolegales.

3. *Tercero.* Aplicación al estudio de todos los suicidios registrados en el Instituto de Medicina Legal durante el año 1991, exceptuando los veinte primeros antedichos. Los datos de las víctimas fueron igualmente tomados de los expedientes medicolegales. El total de casos era de ciento cincuenta, una vez excluidos los extranjeros y los residentes en otras provincias. De estos ciento cincuenta con residencia permanente en la ciudad de La Habana, diez no pudieron ser estudiados por dificultades en la ubicación de los familiares, convivientes o allegados, es decir que finalmente nuestro universo de trabajo estuvo compuesto por ciento cuarenta suicidas. Se realizó un total de trescientas nueve entrevistas, con un promedio de duración de dos horas cada una, aunque realmente el tiempo empleado en cada caso fue mucho mayor, porque en ocasiones fue necesario visitar en varias oportunidades una vivienda o reexplorar algunas de las fuentes.

En el mes de enero de 1991 realizamos un seminario-taller con todos los psiquiatras que integraban las comisiones municipales de prevención de la conducta suicida en la ciudad

¹⁰ Fleiss, J. L. et al., *Large sample standard errors of Kappa and weighted Kappa*, Psych Bull. 72, 1969, ps. 323-27.

de La Habana, durante el cual estos compañeros recibieron entrenamiento en los aspectos metodológicos de la investigación para poder cumplir el segundo y tercer paso de la misma. De manera tal que en el tercer paso de este estudio participaron quince psiquiatras.

3. CRITERIOS OPERACIONALES

Seguidamente brindamos el detalle de los mismos.

Edad: Se incluyeron todos los suicidas de 16 años o más, tomando los datos de identificación del carnet de identidad. Se excluyen los menores por lo infrecuente de la ocurrencia de suicidios en esas edades y porque en ese caso habría que diseñar un instrumento que se ajuste más a las características de ese grupo de edad.

Sexo: Se incluyeron ambos sexos.

Grupo racial: Fue tomado del expediente medicolegal para que tuviese mayor rigor científico al ser determinado por el examen directo del cadáver, clasificándose en grupos de predominio europeo, negroide o mongoloide, de acuerdo a la literatura revisada ¹¹.

Estado conyugal: Incluimos este término y no el de estado civil por considerar que lo importante no es el *status* legal, sino la condición de soledad o de compañía de la víctima. Utilizamos los criterios del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM) ¹².

¹¹ Jordán, J. R., *Desarrollo humano en Cuba*, Científico-Técnica, 1979, ps. 15-19. Nesturj, M. F., *Las razas humanas*, Progreso, Moscú, 1976, ps. 21-24.

¹² *Notas del Curso Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en Cuba*, INHEM, 1990.

Escolaridad: Utilizamos una división del grado de escolaridad de acuerdo con la enseñanza concluida o no, siguiendo los criterios del INHEM ¹³.

Ocupación: Preferimos este término y no el de categoría ocupacional, por considerar importante delimitar exactamente en qué ocupaba la jornada cotidiana, ya que existen ocupaciones con características peculiares que la literatura recoge como más propensas a la conducta suicida ¹⁴.

Creencias religiosas: Incluimos las creencias más frecuentes en nuestro país, dejando la posibilidad de incluir otras no especificadas.

Antecedentes patológicos personales: Utilizamos los criterios de semiología general al explorarlos, especificando algunos datos que la literatura recoge como importantes en el suicidio, tales como: parto distócico, trauma de cráneo, esquizofrenia, alcoholismo, epilepsia, enfermedades afectivas, asma, hipertensión arterial y trastornos digestivos ¹⁵.

Antecedentes patológicos familiares: Pusimos énfasis en los antecedentes psiquiátricos y de intentos suicidas o suicidio en la familia, por la importancia que la literatura les confiere ¹⁶.

¹³ Notas..., citado.

¹⁴ Freedman, A. M. et al., *Tratado de psiquiatría*, Científico-Técnica, 1983, t. III, p. 1950. Ross, M., *Physicians who kill themselves*, Arch. Gen. Psychiatry, 1973, 29:800-5.

¹⁵ Lyketsos, G. et al., *Psychological characteristics of hypertensive and ulcer patients*, J. Psychosom Res, 1982, 26:235-62. Kolata, G. B., *Behavioral teratology. Birth defects of mind*, Science, 1978, 202:732-34. Tsuang, M. T. et al., *Excess mortality in schizophrenia and affective disorders. Do suicides and accidental deaths solely account for this excess?*, Arch. Gen. Psychiatry, 1978, 35:1181-85. Barraclough, B. M., *The suicide rate of epilepsy*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:386. Jacobson, B. et al., *Perinatal origin of adult self-destructive behavior*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:364-71.

¹⁶ Mc Anarney, S. R., *Suicidal behavior of children and youth*, Ped. Clin. Nth Am. 22, 1975, ps. 595-604. Tuckman, J., *Suicide and family desorganization*, J. Genetic Psychology, 1964, 105:187-93. Dorpat, T. J. et al., *Broken homes and completed and attempted suicides*, Arch. Gen. Psychiatry, 1965, 12:213-16.

Hábitos tóxicos: Incluimos el consumo de tabaco o cigarro, café, drogas legales e ilegales. En cuanto al alcohol, especificamos algunas características de su consumo en otro acápite, por la importancia reconocida que tiene en relación con el suicidio ¹⁷.

Drogas legales: Medicamentos o sustancias que se expenden en el mercado con fines terapéuticos u otros, que son utilizados con el objeto de obtener sensaciones placenteras o diferentes, o bien aliviar síntomas somáticos o psíquicos.

Drogas ilegales: Marihuana, cocaína, heroína y cualquiera otra que pudiera encontrarse y que es mundialmente aceptada como narcótico de uso y comercialización ilícita.

Historia de consumo alcohólico: Exploramos el tipo de bebida, la frecuencia de consumo, y sus cantidades, a fin de poder determinar la existencia de bebedores con problemas; empleamos los cuestionarios CAGE y CID, así como y los criterios del profesor doctor Ricardo González Menéndez ¹⁸.

Examen psiquiátrico: Cada aspecto del examen psiquiátrico indirecto retrospectivo responde a una exploración sistematizada en el instrumento adjunto (anexo 2), de tal manera que las preguntas fueron estandarizadas para evitar diferencias en cada entrevista individual.

Síndromes: La agrupación sindrómica se realizó de acuerdo con los principios de la semiología psiquiátrica sobre la base de los datos positivos obtenidos en el examen psiquiátrico retrospectivo.

Adam, K. S. et al., *Parental loss and family stability in attempted suicides*, Arch. Gen. Psychiatry, 1982, 39:1081-85. Tsuang, M. T., *Genetic factors in suicide*, Dis. New Syst., 1977, 38:498-501.

¹⁷ Winokur, G., *Alcoholism and depression*, Subst. Alcohol Actions Misure, 1983, 4:11-19. Kendall, R. E., *Alcohol and suicide*, Subst. Alcohol Actions Misure, 1983, 4:121-27. Murphy, G. E. et al., *Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor*, Arch. Gen. Psychiatry, 1979, 36:65-9.

¹⁸ González Menéndez, R., *Los cuestionarios de alcoholismo, su relevancia clínico-epidemiológica*, Rev. Hosp. Psiq. de La Habana, vol. XXVIII, n° 3, jul.-sept. 1987.

Diagnóstico nosológico: Sobre la base de la agrupación sindrómica se realizó una valoración diagnóstica teniendo en cuenta los criterios de tal tipo del *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas* (GC) ¹⁹.

Áreas de conflicto: Utilizamos los criterios de la historia clínica computarizada del Centro de Salud Mental del Ministerio del Interior (CENSAM), incluyendo los siguientes conflictos: socioeconómicos (personales, familiares, de vivienda y económicos), laborales (conflicto de roles) y dificultades materiales ²⁰; añadimos los conflictos judiciales.

Estado de la vivienda: Se valoró sobre la base de un criterio operativo acerca del estado de las instalaciones hidrosanitarias y eléctricas, paredes, piso, techo y mobiliario.

Nivel de vida: Se valoró en dependencia del estado de la vivienda, índice habitacional, posesión de artículos electrodomésticos, calidad del ropero y per cápita familiar.

Caracterización de la pareja: Se tomaron las características de personalidad más negativas o difíciles para una relación interpersonal mantenida, buscando la posibilidad de una pareja vinculada a la decisión fatal.

Caracterización del suicida (aspectos psicológicos): Incluimos los criterios de autores nacionales y extranjeros en la caracterización de personalidad ²¹, añadiendo algunos rasgos que consideramos importantes; la definición de cada término aparece detallada en el instructivo adjunto al instrumento exploratorio.

¹⁹ Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-2), Hosp. Psiq. de La Habana, 1983.

²⁰ *Historia clínica psiquiátrica*, Centro Nacional de Salud Mental, Ministerio del Interior, 1990.

²¹ Menninger, K., *Man against himself...*, cit.; Freedman, A. M. et al., *Tratado...*, cit.; Weissman, M. M. et al., *Hostility and depression associated with suicide attempts*, Am J. Psychiatry, 1973, 130:450-5. *Grupo de psicología de tropas*, Guía de apreciación psicológica, MININT, 1990.

Señales presuicidas emitidas: Incluimos la valoración de las conductas observadas —hasta dos años antes de la muerte— por los familiares, convivientes o allegados que pudieran ser interpretables como orientadas hacia un pensamiento autoquérico, de acuerdo con la literatura revisada ²²; el instructivo adjunto al instrumento define la forma en que se buscará cada señal.

Casos de estudio.— Abarcan tres pasos, a saber:

Primer paso: Personas fallecidas por suicidio en el año 1990 residentes en el municipio Centro Habana.

Segundo paso: Primeras 20 personas fallecidas por suicidio en el año 1991 con residencia permanente en la ciudad de La Habana y de nacionalidad cubana (de acuerdo con sus datos de identidad registrados por el Departamento de Registros Médicos del Instituto de Medicina Legal de la ciudad de La Habana).

Tercer paso: Personas fallecidas por suicidio en 1991 con residencia permanente en la ciudad de La Habana y de nacionalidad cubana, exceptuando los primeros 20 que cumplían este requisito y que constituyeron los casos de estudio del paso anterior.

Grado de cooperación entre las fuentes: Fue valorado sobre la base de la aceptación de la entrevista, fluidez, calidad y precisión de la información y comunicación extraverbal.

²² Freedman, A. M. et al., *Tratado...*, cit.; Turner, R.M., *Parasuicide in a urban general practice 1970-79*, J Royal Coll Gen. Pract., 1982, 32:373-81. Valdés Mier, M., Conferencia impartida en el Curso Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en Cuba, INHEM, ene.-1990.

4. RESULTADOS OBTENIDOS

a) *Primera parte.*— Aplicación del método al estudio de todos los suicidas del municipio Centro Habana cuya defunción ocurrió entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 1990.

De 26 casos fue factible estudiar 20; en un caso la familia se negó a cooperar y en 5 no se pudieron localizar fuentes que aportaran información útil, pues eran personas que vivían solas.

TABLA 1

Grado de cooperación entre las fuentes de información

Enteramente cooperadoras:	8
Moderadamente cooperadoras:	2
No cooperadoras:	1

TABLA 2

Tiempo transcurrido entre el deceso y la entrevista

Una semana:	2
Dos semanas:	9
Tres semanas:	6
Cuatro semanas:	3

TABLA 3
Grado de concordancia entre informantes por "ítem"

<i>Ítem</i>	<i>Porcentaje</i>
Estado conyugal:	98
Escolaridad vencida:	96
Ocupación:	96
Religión:	91
Antecedentes patológicos personales:	97
Antecedentes patológicos familiares:	95
<i>Hábitos tóxicos</i>	
Consumo de tabaco:	100
Consumo de café:	100
<i>Consumo de drogas</i>	
Legales:	95
Ilegales:	100
Consumo de bebidas:	97
<i>Historia de consumo alcohólico</i>	
Tipo de bebida:	93
Frecuencia de consumo:	85
Cantidad consumida:	80
CAGE y CID:	94
Hábitos alimenticios:	74
<i>Examen psiquiátrico retrospectivo</i>	
<i>Esfera de integración</i>	
Conciencia:	100
Atención:	95
Memoria:	99
Orientación:	100
<i>Esfera cognoscitiva</i>	
Sensopercepción:	100
<i>Pensamiento</i>	
Curso:	99
Contenido:	93

<i>Ítem</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Esfera de relación</i>	
Consigo mismo:	80
Con los demás:	89
Con las cosas:	85
Esfera afectiva:	87
<i>Esfera conativa</i>	
Trastornos volitivos:	95
<i>Necesidades y hábitos</i>	
Alimentación:	98
Sexo:	91
Sueño:	93
Higiene:	95
Actividad explícita:	92
Lenguaje:	95
Trastornos vegetativos:	91
<i>Áreas de conflicto socioeconómicos</i>	
Personales:	75
Familiares:	73
Vivienda:	95
Económicos:	75
Laborales:	80
Judiciales:	100
<i>Nivel de vida</i>	
Correlación con sus aspiraciones:	69
Correlación con sus posibilidades de logro:	65
<i>Rasgos de personalidad</i>	
De la pareja:	84
Del suicida:	80
Motivaciones predominantes:	82
Tratamientos recibidos:	89
<i>Señales recibidas hasta dos años antes de su muerte</i>	
Señales verbales:	80
Señales extraverbales:	86
Pérdidas recientes:	98

b) *Segunda parte.*— Aplicación al estudio de los 20 primeros casos registrados por el Departamento de Registros Médicos del Instituto de Medicina Legal durante 1991.

Con el objeto de hacer un control de la calidad del método cruzamos la información obtenida por dos exploradores diferentes durante la entrevista a los familiares, convivientes o allegados de los 20 primeros casos reportados en 1991, teniendo especial cuidado en que las fuentes entrevistadas fueran exactamente las mismas y sólo variara el explorador. Además, todos los casos fueron explorados nuevamente por la autora. Los resultados fueron satisfactorios al lograr una concordancia promedio superior al 90%.

Grado de concordancia entre informantes por ítem

<i>Ítem</i>	<i>Porcentaje</i>
Estado conyugal:	100
Escolaridad vencida:	100
Ocupación:	99
Religión:	97
Antecedentes patológicos personales:	100
Antecedentes patológicos familiares:	99
<i>Hábitos tóxicos</i>	
Consumo de tabaco:	100
Consumo de café:	100
<i>Consumo de drogas</i>	
Legales:	98
Ilegales:	100
Consumo de bebidas alcohólicas:	99
<i>Historia de consumo alcohólico</i>	
Tipo de bebida:	97
Frecuencia de consumo:	95

<i>Ítem</i>	<i>Porcentaje</i>
Cantidad consumida:	94
CAGE y CID:	98
Hábitos alimenticios:	80
<i>Examen psiquiátrico retrospectivo</i>	
<i>Esfera de integración</i>	
Conciencia:	100
Atención:	98
Memoria:	100
Orientación:	100
Nivel intelectual:	100
<i>Esfera cognoscitiva</i>	
Sensopercepción:	100
<i>Pensamiento</i>	
Curso:	100
Contenido:	99
<i>Esfera de relación</i>	
Consigo mismo:	94
Con los demás:	97
Con las cosas:	98
<i>Esfera afectiva</i>	
<i>Esfera conativa</i>	
Trastornos volitivos:	98
<i>Necesidades y hábitos</i>	
Alimentación:	99
Sexo:	95
Sueño:	99
Higiene:	98
Actividad explícita:	97
Lenguaje:	99
Trastornos vegetativos:	95
<i>Áreas de conflictos socioeconómicos</i>	
Personales:	84
Familiares:	95
Vivienda:	100

<i>Ítem</i>	<i>Porcentaje</i>
Económicos:	98
Laborales:	94
Judiciales:	100
<i>Nivel de vida</i>	
<i>Condiciones de la vivienda</i>	
Tipo:	100
Área:	100
Cantidad de habitaciones:	100
Estado de la vivienda:	98
Ingreso monetario:	98
Percápita:	97
Artículos:	94
Condiciones de posesión de artículos:	90
Ropero personal y de la casa:	67
Clasificación del nivel de vida:	79
Correlación con sus aspiraciones:	74
Correlación con sus posibilidades reales de logro:	67
<i>Rasgos de personalidad</i>	
De la pareja:	90
Del suicida:	89
Motivaciones predominantes:	84
Tratamientos recibidos:	97
<i>Señales emitidas hasta dos años antes de la muerte</i>	
Señales verbales:	89
Señales extraverbales:	95
Pérdidas recientes:	100

Sobre la marcha, y valorando el criterio de todos los psiquiatras que participaron en el seminario-taller, así como de los que realizaron las entrevistas del segundo paso, se hicieron modificaciones al modelo originalmente propuesto, quedando el modelo definitivo para el estudio del suicida; se le

llamó MAP (modelo de autopsia psicológica para el estudio del suicida). Las orientaciones metodológicas que la autora había establecido en el primer paso fueron ampliadas y enriquecidas, quedando finalmente definidas en un instructivo adjunto al MAP.

c) *Tercera parte.*— Estudio de todos los suicidios registrados por el Instituto de Medicina Legal en el año 1991, utilizando el MAP (modelo de autopsia psicológica).

En la primera parte de este estudio se obtuvo un alto grado de concordancia en la información aportada por dos fuentes diferentes; esta concordancia fue mayor del 90% en el 64% de los ítems, y mayor del 80% en el 26%. Teniendo en cuenta que seguimos rigurosamente el procedimiento de entrevistar a cada persona de forma absolutamente independiente y privada (auxiliándonos inclusive, en casos necesarios por lo reducido de la vivienda, de vecinos con posibilidades de prestarnos un local o de instituciones cercanas, fundamentalmente médicas), estos elevados porcentajes de concordancia demuestran la confiabilidad del método.

Durante la realización de este primer paso pudimos apreciar ya sobre el terreno que la familia y los allegados (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) del suicida, lejos de ser refractarios a la entrevista, en su gran mayoría colaboraban de buen grado y muchos se sentían aliviados de poder verbalizar sus consideraciones en relación con el hecho y con el fallecido; no obstante ello, como parte de las reacciones de defensa encontramos el mecanismo de negación de la realidad en dos casos; uno fue visto por la familia como un accidente y otro como un crimen; éstas fueron las familias que evaluamos como moderadamente cooperadoras, puesto que se mostraron algo reticentes y defensivas; he aquí la importancia de la revisión previa del expediente medicolegal, donde aparecen todos los elementos técnicos necesarios para valorar la etiología de la

muerte, incluyendo el acta del levantamiento del cadáver con las características de la escena del hecho, el estudio toxicológico informando la existencia o no de alcohol y/o drogas y su cantidad, el estudio anatomopatológico informando si existía alguna enfermedad previa que quizá la familia o el suicida sospechaban o en caso negativo si esta persona tenía ideas hipcondríacas sin una base real (en torno al cáncer, al SIDA, etcétera).

Las dos muertes que la familia interpretaba como homicidio o accidente eran desde el punto de vista medicolegal incuestionablemente suicidas (un disparo de fusil AKM en región temporal izquierda, en un occiso zurdo con conflictos personales importantes, y una ingestión de psicofármacos y alcohol en un alcohólico con un franco estado pre-suicida), y tenían en común que se trataba de sujetos muy jóvenes (21 y 25 años respectivamente) cuyas respectivas dinámicas familiares eran bastante disfuncionales, lo cual nos llevó a interpretar que una de las razones por las cuales las fuentes entrevistadas (padres, hermanos, tíos) establecían este mecanismo de defensa, era precisamente por sentirse muy involucrados y culpables del suicidio. En ambos casos los occisos habían hecho inclusive verbalizaciones suicidas, las cuales fueron igualmente subvaloradas.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el deceso y la entrevista pudimos constatar que es prudente dejar pasar los 15 a 30 primeros días, puesto que con frecuencia hay manifestaciones propias de la reacción de duelo, una vez superadas las cuales la productividad de la exploración aumenta y no se pierde en claridad y precisión, siempre y cuando entrevistemos a la persona adecuada, aunque desde el punto de vista preventivo y con el objeto de intervenir en una situación de crisis sociofamiliar resulta oportuna una primera visita lo más próxima posible a la pérdida.

Durante la realización del segundo paso de esta investigación obtuvimos elevados porcentajes de concordancia en la

información recogida por exploradores diferentes, en el 86,66% de los *ítems* fue mayor del 90%, en el 8,33% osciló entre el 80 y el 90%, cifras éstas que demuestran que el método es aplicable al margen de diferencias de escuela psiquiátrica de los exploradores. Para la consecución de este objetivo diseñamos un instructivo que establecía los principios metodológicos para lograr una estandarización de las posibilidades de respuesta; estos principios, al igual que el propio modelo, fueron sometidos a análisis conjunto con los demás psiquiatras participantes en el seminario-taller, y sobre la base de criterios operativos de consenso decidimos realizar las modificaciones que exponemos a continuación.

Se estableció —considerando la experiencia del estudio— que era factible reconstruir el examen psiquiátrico hasta un mes antes del hecho, puesto que es el tiempo promedio durante el cual las fuentes conservan un recuerdo óptimo, detallado y preciso del estado mental del fallecido.

Ya durante la generalización del método (tercer paso de la investigación) al estudio de todos los suicidas registrados en el Instituto de Medicina Legal en 1991, pudimos constatar que no existen diferencias sustanciales entre la información obtenida un mes después y hasta seis meses después de la muerte; es decir, no se pierde en claridad y detalle de la reconstrucción biográfica del suicida, siempre y cuando entrevistemos a la persona adecuada. En este aspecto coincidimos con el criterio de Brent y colaboradores, quienes plantean que el tiempo ideal para la entrevista es de dos a seis meses después del deceso²³.

Aunque la mayor parte de los informantes se mostró cooperativa y accesible, encontramos reacciones de defensa, de culpa, de angustia, de vergüenza, de impotencia, de negación de la realidad, y consideramos interesante señalar que en tres casos la familia afirmaba que se trataba de un crimen, y en seis que había sido accidental; no era posible que se hubiese

²³ Brent, D. A. et al., *The psychological...*, cit., p. 365.

privado voluntariamente de la vida. En los casos que fueron vistos como homicidios o asesinato por la familia, se trataba de personas jóvenes y sanas, donde la revisión previa del expediente medicolegal fue sumamente útil, pues el explorador tenía en sus manos los elementos técnicos de certeza de la etiología medicolegal. Esta reacción de la familia de negar el suicidio y verlo como un accidente o un crimen les quita la culpa, la transfieren al azar o a otra persona.

En los resultados del estudio de la muestra, observamos la prevalecencia de los polos de la vida, en la literatura revisada predominan las edades terminales²⁴, aunque cada día más aparecen reportes acerca de la tendencia creciente de la participación de los jóvenes en este fenómeno²⁵, la cual es interpretada por algunos autores como el impacto del cúmulo de problemas sociales y *stress* concomitante enfrentado por los jóvenes en los últimos tiempos²⁶, mientras otros plantean que

²⁴ Sainsbury, P., *Suicide in old age*. Proc. R Soc. Med., 1961, 54:266-68; *id.*, *Suicide in later life*, Gerontol. Clin., 1962, 4:161-70. Osgood, N. J., *Suicide in the elderly, a practitioner's guide to diagnosis and mental health intervention*, Aspen Systems, 1985, ps. 57-68. Mc Intosh, J. L. et al., *Suicide among the elderly; a review of issues with case studies*, J Gerontology Soc. Work, 1981, 4(1):63-74.

²⁵ Hellon, C. P. et al., *Suicide and age in Alberta, Canada, 1961-1977. The changing profile*, Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37:505-10. Frederick, C. J., *Current trends in suicidal behavior in the United States*, Am J Psychoter., 1978, 32:172-200. Sainsbury, P. et al., *The social correlates of suicide in Europe*, in Farmer, R. and Hirsch, S. R., "The suicide syndrome", London, Croom Helm, 1980, ps. 214-17. Diesktra, R. F. W., *On the epidemiology of attempted suicide in the EEC*, in Wilmotle, J., and Mendlewicz, J., *Bibliotheca Psychiatrica*, n° 162, "New trends in suicide prevention", Basel-Karger, 1982, ps. 317-9. Murphy, G. R. et al., *Suicide risk by birth cohort in the United States 1949 to 1974*, Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37:519-23. Goldney, R. D. et al., *Cohort analysis of suicide rates in Australia*, Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 40:71-74. Nordstrom, P. et al., *Suicide risk by age and birth cohort in Sweden*, Crisis, 1986, 7:75-80.

²⁶ Rutter, M., *Changing youth in a changing society*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1980, ps. 76-79.

los jóvenes son más afectados por conflictos familiares crónicos, abuso de alcohol y drogas, baja autoestima y carencia de sentido de identidad que los ancianos o personas de mayor edad, y pueden ver la muerte como uno de los medios de escapar de la desesperación y el sufrimiento²⁷.

En la población estudiada por nosotros en el polo más joven predominó la impulsividad y la ausencia de aspiraciones realistas en la vida dentro de la dinámica que conllevó al hecho, en la tercera edad predominó la desesperanza, el sentimiento de abandono, incapacidad o incompetencia, así como el sentimiento de soledad.

En cuanto al sexo, el comportamiento fue similar al tradicional, predominó el masculino²⁸; aunque algunos autores lo relacionan con la mayor demanda de asistencia a los centros de prevención del suicidio por mujeres²⁹, nosotros nos sumamos a los que lo asocian a la mayor letalidad de los métodos empleados por el sexo masculino³⁰.

El comportamiento por grupos raciales, se encuentra en consonancia con el mosaico racial de nuestra población general, donde abundan las personas con predominio de rasgos somatoscópicos europoides³¹.

²⁷ Diesktra, R. F. W. et al., *Attitudes toward suicide in the general population*, Leiden, Department of Clinical Psychology Internal Report, 1982, ps. 65-69.

²⁸ Sims, M., *Sex and age patterns in suicide rates in a Canadian province: with particular reference to suicide by means of poison*, Life Threat Behav, 1974, 4:139-59.

Mc Intosh, J. L., *Sex difference trends in completed suicide*, Suicide Life Threat Behav, 1986, 16:16-27. Mc Intosh, J. L. et al., *Methods of suicide by age, sex and race, differences among young and old*, int J Aging Hum Dev., 1985, 22:139-55.

²⁹ Miller, H. L., *An awareness of effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States*, Am. Pub. Health, 1984, 74:340-43.

³⁰ Mc Intosh, J. L. et al., *Methods of suicide...*, cit.; Barnes, R. A. et al., *Cohort analysis of Ontario suicides rates, 1987-76*, Can J Psychiatry, 1986, 31:208-13. Kessler, R. C. et al., *Trends in the relationship between sex and attempted suicide*, J Health Soc. Beba., 1983, 24:98-110.

³¹ Jordán, J. R., *Desarrollo...*, citado.

La actitud de la población suicida estudiada de acuerdo con el estado conyugal, converge en un denominador común: la soledad; los solteros constituyen más de la mitad del total, y si a ello le sumamos los viudos, divorciados y separados, la proporción asciende a más del 70. Cabe señalar que estos resultados que aportamos, coinciden con la literatura revisada ³² y refuerzan asimismo nuestro criterio de que la soledad es uno de los factores que juegan un rol más importante en el suicidio.

En la distribución de los suicidas según su ocupación predominaron los jubilados y desvinculados laborales, seguidos por las amas de casa; al agregar estas personas sin actividad laboral externa, el resultado se acerca al 50%, todo lo cual indica que el trabajo como actividad socialmente útil es contrario a las tendencias autoquíricas y su ausencia representa un factor a considerar en esta compleja causalidad del suicidio, a lo cual se suma la literatura revisada que así lo indica ³³.

En la distribución de acuerdo con la escolaridad vencida, predominó el nivel medio de enseñanza, lo cual está en corres-

³² Brent, D. A. et al., *The psychological...*, cit.; Szabady, B. A., *Termekenysseg teruleti kulonbsegeinek es valtozasainak okai*, Demografia, 1977, 20:413-67. Sainsbury, P., *Depression, suicide and suicide prevention*. Roy A ed. *Suicide*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1986, ps. 73-88. Berglund, M. et al., *Suicide in psychiatric patients. A prospective study of 67 cases without initial sings of severe depression or alcoholism*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:431-37.

³³ Douglas, J. D., *The social meanings of suicide*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 1967, ps. 35-57. Davis, R. A., *Female labor force participation, status integration and suicide, 1950-1969*, Suicide Life Threat. Behav., 1981, 11:111-123. Smith, R., *Occupationless health. "I couldn't stand it any more". Suicide and unemployment*, Br Med J (Clin. Rev) 291, nov.- 1985, ps. 1563-66.

Kolmos, L., *Suicide in Scandinavia. An epidemiological analysis*, Acta Psychiatr. Scand., Suppl. 336, 1987, vol. 76, ps. 11-16. Bille-Brahe, U., *Suicide and social integration. A pilot study of desintegration levels in Norway and Denmark*, Acta Psychiatr. Scand., Suppl. 336, 1987, vol. 76, ps. 45-62. Adam, K. S. et al., *Parental...*, citado.

pondencia con el nivel promedio de instrucción de nuestra población general, que es de un noveno grado, y en sentido general los estudios revisados se concuerdan con la población dentro de la cual ocurre el fenómeno³⁴.

En la exploración de las creencias religiosas pudimos observar que se recogen muy pocos casos. En el análisis de este punto con los diferentes exploradores, consensuamos en que las fuentes habían ocultado información en muchos casos por considerarla tabú, lo cual es uno de los aspectos que merece profundizarse en futuras investigaciones, aunque ciertamente existen autores que aseguran que son los ateos quienes más se suicidan.

En los antecedentes patológicos personales recogidos predominaron los trastornos psiquiátricos menores³⁵ que no habían requerido hospitalización, ubicándose en segundo lugar el asma bronquial, punto éste que resulta interesante, ya que se trata de una enfermedad crónica de las que suelen dispensarizarse, y que por lo tanto se supone que quienes las padecen son vistos sistemáticamente por el médico de atención primaria.

En este acápite nuestros resultados difieren de los encontrados en la literatura revisada, donde predominaron los trastornos psiquiátricos mayores, tales como la esquizofrenia³⁶, la

³⁴ Szabady, B. A., *Termekenysege...*, cit.; Kolmos, L., *Suicide...*, cit.; Wenz, F. V., *Effects of seasons and sociologic variables on suicidal behavior*, Public Health Rep., 1977, 92:233-39.

³⁵ González Menéndez, R., *El médico ante el trastorno psiquiátrico menor*, Ote, 1980, ps. 7-8.

³⁶ Tsuang, M. T. et al., *Excess...*, cit.; Drake, R. E. et al., *Suicide among schizophrenics*, A review Comp Psychiatry, 1985, 26:90-100. Allebeck, P. et al., *Mortality in schizophrenia*, Arch. Gen Psychiatry, 1986, 43:650-53. Allebeck, P. et al., *Suicide and violent death among patients with schizophrenia*, Acta Psychiatr. Scand., 1986, 74:43-49. Roy, A., *Suicide in schizophrenia*, William & Wilkins, Baltimore, 1986. Tsuang, M. T. et al., *Premature deaths in schizophrenia and affective disorders*, Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37:979-83. Roy, A., *Suicide in chronic schizophrenia*, Br J Psychiatry, 1982, 141:171-72.

psicosis maníaco-depresiva³⁷, los trastornos afectivos graves³⁸, algunas enfermedades somáticas tales como la hipertensión arterial³⁹, enfermedades neoplásicas, y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)⁴⁰. Estas diferencias resultan explicables por el hecho de que la muestra estudiada pertenece sólo a los suicidios expedientados por el Instituto de Medicina Legal, a petición de la instrucción policial, y puede ocurrir que aquellos casos en donde la intención suicida esté perfectamente documentada (a través de historia clínica ambulatoria u hospitalaria) no conlleven solicitud de necropsia, no apareciendo en con-

³⁷ Angst, J. et al., *Premorbid personality of depressive bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues*, Comp Psychiatry, 1986, 27:511-32. Weeke, A. et al., *Suicide among manic depressives*, Abstracted 21st Nordic Congress on Psychiatry, Adense, Denmark, 1985. Angst, T., *Verlauf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizo-affectiver Erkrankungen und Psychosen. Ergebnisse einer prospektiven Studie* Fortschr Neurol Psychiat, 1980, 48:3-30. Perris, C. et al., *A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Mortality, suicide and life-cycles*, Acta Psychiatr. Scand., 1966, Suppl. 194, p. 172. Tsuang, M. T. et al., *Premature...*, citado.

³⁸ Berglund, M. et al., *Suicide in psychiatric patients. A prospective study of 67 cases without initial signs of severe depression or alcoholism*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:431-37. Tsuang, M. T. et al., *Premature...*, cit.; Robinson, E. S. et al., *Delusional depression. One year follow up*, J Affect Dis., 1985, 9:79-83. Berglund, M. et al., *Mortality in severe depression. A prospective study including 103 suicides*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:372-80. Rose St, P. et al., *Depression, delusions and suicide*, Am J Psychiatry, 1983, 140: 1159-62. Wolfersdorf, M., "Depression bei suiziden stationärer psychiatrischer Patienten", in Welz, R., and Moller, J., *Bestandsaufnahme der Suizidforschung. Epidemiologie, prävention und therapie*, Regensburg, S. Roderer Verlag, 1984, ps. 230-48. Beskow, J., *Suicide and mental disorder in swedish men*, Acta Psychiatr. Scand., 1979, Suppl. 277, ps. 345-47.

³⁹ Bulpit, C. J. et al., *Psychological features of patients with hypertension attending hospital follow-up clinics*, J Psychosom Res, 1976, 20:403-10. Dilling, H. et al., *Prevalence of mental disorders in the small town rural region of Traunstein (Upper Bavaria)*, Acta Psychiatr. Scand., 1984, 69:60-79.

⁴⁰ Marzuk, P. M. et al., *Increased risk of suicide in persons with AIDS*, JAMA, 1988, vol. 259, n° 9, ps. 1333-37.

secuencia dentro del estudio, y como quiera que nuestros principios metodológicos establecen la revisión del expediente como aspecto imprescindible, nos resultaba imposible estudiar aquellos casos que no habían ingresado en la institución.

En los antecedentes patológicos familiares encontramos que el 35,75% de los familiares del suicida tenían antecedentes de padecer algún trastorno mental de mayor o menor seriedad, y el 21,4% habían atentado contra su vida sin llegar a consumar el suicidio. En la literatura revisada también se hace referencia a estos antecedentes como un elemento de riesgo autoquírico ⁴¹, preponderantemente la conducta suicida, y en especial el suicidio consumado ⁴², llegando a plantearse por algunos autores una predisposición genética ⁴³. En nuestro

⁴¹ Shafii, M. et al., *Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents*, Am J Psychiatry (142), 1985, ps. 1061-64. Klerman, G. L., *Clinical epidemiology of suicide*, J Clin. Psychiatry, 1987, nº 8, ps. 33-38. Hodqman, C. H., *Recent findings in adolescent depression and suicide*, J Dev. Behav. Pediatr., 1985, 6:162-70.

⁴² Hodqman, C. H., *Recent...*, cit.; ps. 162-70. Mitterauer, B., *Das suizidale Achsensyndrom. Eine medizinisch biologische studie zur Abschätzung der suizidalität*, Wien Med. Wschr, 1981, Suppl. 68, ps. 1-28. Haavel, T. et al., *Erkennung und beurteilung der suizidalität. Psychiatrie der Gegenwart, Krisenintervention, Suizid, Konsiliarpsychiatrie*, Berlin, Heidelberg, New York, Springer, 1986, ps. 107-32. Jamison, K. R., *Suicide and bipolar disorders. Psychobiology of suicidal behavior*, Ann New York Acad. Sci., 1986, 487:301-15. Koop, M. S. et al., *Neurotics at risk and suicidal behavior in the Hungarian population*, Acta Psychiatr. Scand. 76(4), oct.-1987, ps. 406-13.

Moksony, F., *Telepulesi tenyezossaq*, Research Reports of the Demographic Institute Budapest, 1984, 19:5. Huszar, I., *Emocionalis funkciózavarok es az ongyilkossaqi veszelyeztetetlseg Budapest*, Jozsfvaros ret orvosi korzete populaciojaban Tarsadalmi Beilleszkedes, Zavarok Buletin, V, 1985, ps. 32-74.

⁴³ Tsuang, M. T., *Genetic...*, cit.; Mitterauer, B., *Das suizidale...*, cit.; Mitterauer, B. et al., *Familienanamnestische untersuchungen von 89 selbstmordern nach Entlassung aus stationarer psychiatrischer Behandlung*, Wien Med. Wschr, 1984, 134:37-43. Mitterauer, B., *Zur rolle genetischer faktoren beim selbstmord, diskutier anhand von vier untersuchungen, in Einer Epidemiologisch geschlossenen gebiet (Bundesland Salzburg, Osterreich)*, Psychiat. Prax, 1986, 113:231-35. Kety, S., *Funktionstorungen in menshilchen gehirn*, Spek-

estudio encontramos además, algo que resulta interesante: el número de familiares fallecidos por accidentes y homicidios se acerca al número de los fallecidos por suicidio; podría ser que el antecedente de muerte violenta en la familia esté asociado a la posterior tendencia violenta autodestructiva de sus miembros; esto sería tributario de una investigación.

En los hábitos tóxicos de nuestra población suicida, predominaron, al igual que en la población general, el hábito de ingerir café y el de fumar, preferentemente cigarrillos. Pero también resulta importante el consumo de drogas de expendio legal (fundamentalmente psicofármacos), el cual estuvo presente en el 62,1% del total de la muestra estudiada, coincidiendo con el comportamiento similar al de otros países⁴⁴. Lo mismo ocurre con el consumo de alcohol, que sobrepasó la mitad de los casos estudiados (52,8%), coincidiendo con lo reportado en la literatura⁴⁵.

Quisiéramos profundizar en algunos detalles del consumo alcohólico que consideramos de interés: hay marcada preferencia por la bebida fuerte (ron, aguardiente, en ocasiones alcohol), predominan ampliamente los jóvenes (64,8% de todos los

trum der Wissenschaft, 1979, 11:137-43. Egeland, J. A., *Suicide and family loading for affective disorders*, JAMA 254(7), aug.-1985, ps. 915-28. Roy, A., *Genetics of suicide. Psychobiology suicidal behavior*, Man J. J. Stanley M, Ann NY Acad. Sci., 1986, 487:97-105.

⁴⁴ Lonnqvist, J., *Psychotropic drugs and self-destructive behavior*, Suicide research, Psychiatria Fennica, 1977, p. 117. Hoberman, H. M. et al., *Completed suicide in youth ¿see comments?*, Can J Psychiatry, 1988 (aug), 33(6), ps. 494-504. Berman, A. L. et al., *Suicide attempts among adolescent drug users*, Am J Dis. Child., mar.-1990, 144(3), ps. 310-14. Harris, R. et al., *Suicide attempts among drug abusers*. Suicide and Life Threatening Behavior, 1979, 9:25-32.

⁴⁵ Harford, T. C. et al., *Psychosocial factors in adolescent drinking contexts*, J Stud. Alcohol, 1987, 48(6), ps. 551-57. Chynoweth, R. et al., *Suicide in Brisbane-a retrospective psychosocial study*, Austral New Zealand J Psychiatry, 1980, 14:37-45. Rothberg, J. M. et al., *Suicide in the USA. Epidemiological and periodic aspects*, Suicide Life Threat. Behav., 1987(17:2), ps. 119-132. Kendall, R. E., *Alcohol...*, citado.

suicidas consumidores tenían hasta 35 años), la frecuencia de consumo es más comúnmente semanal, oscilando la cantidad consumida entre 7 y 12 botellas o más y entre $\frac{1}{2}$ y $\frac{1}{4}$ litro de bebida fuerte o más. Como era de esperar, coincidiendo con los reportes internacionales, los consumidores de bebidas alcohólicas eran fundamentalmente hombres ⁴⁶.

Al aplicar el CAGE y el CID obtuvimos que de los 74 consumidores, 67 eran bebedores problema, continuando el predominio de jóvenes en el grupo con un nivel de enseñanza media o media superior y laboralmente desvinculados.

En el examen psiquiátrico retrospectivo predominaron los trastornos de la esfera afectiva (69,3%), lo cual está en correspondencia con toda la literatura revisada ⁴⁷. En las alteraciones más frecuentes por esferas aparecieron en segundo lugar las dificultades en las relaciones interpersonales, y resulta interesante señalar que aparecen muy pocos signos de actividad psicótica, así como que dentro de la esfera afectiva no fue precisamente la tristeza el más evidente, sino la irritabilidad, lo cual está descrito por otros autores ⁴⁸.

Tributario de comentario resulta que sólo el 25% de nuestros suicidas tenía antecedentes de intento suicida, y conside-

⁴⁶ Harford, T. C. et al., *Psychosocial...*, citado.

⁴⁷ Mc Dowal, A. W. T. et al., *Subsequent suicide in depressed inpatients*, Br J Psychiatry, 1968, 114:749-54. Robins, E. et al., *Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful cases*, Am J Public Health, 1959, ps. 888-98. Farberow, N. L. et al., *Suicide among with diagnosis of anxiety reaction or depressive reaction in general medicinal and surgical hospitals*, J Abnorm Psychol., 1966, 71:287-99. Barraclough, B. et al., *A hundred cases of suicide: clinical aspects*, Br J Psychiatry, 1974, 125:355-79. Wolfersdorf, M. et al., *Delusional depression and suicide*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76(4):359-63.

⁴⁸ Weissman, M. M. et al., *Hostility...*, cit.; Angst, J. et al., *Premorbid...*, cit.; Hendin, H., *Suicide, areview of new directions in research*, Hosp. Community Psychiatry, 1986, 37:148-54. Brow, G. L. et al., *Human aggression and suicide*, Suicide Life Threat. Behav., 1986, 1:223-39. Asberg, M., *Biochemical aspects of suicide*, Cil Neuropharmac, 1986, 9(Suppl 4), ps. 374-6.

ramos importante destacarlo porque aunque algunos autores lo consideran el mejor predictor del suicidio⁴⁹, en nuestra población suicida observamos que 105 personas no habían atentado nunca contra su vida, lo que llevado al total de casos del año 1991 (expedientados y no expedientados en el Instituto de Medicina Legal), que fueron 320 en toda la ciudad de La Habana, nos permite decir que al menos el 32,8% (es decir cerca de la tercera parte) de todos los suicidas de nuestra ciudad en ese año no tenían antecedentes de intentos previos, contando además con la posibilidad de que entre los casos no expedientados por nuestra institución exista determinada cifra sin intentos, que ocasionaría una elevación del porcentaje comentado.

En la distribución sindrómica predominaron ampliamente los síndromes adictivos, así como en la distribución nosológica el abuso de alcohol sin dependencia, y el abuso de drogas sin dependencia (con un 45,7 y 42,1% respectivamente). Nuestros resultados coinciden con los de los autores revisados⁵⁰, aunque queremos señalar algunas características específicas del ejercicio diagnóstico retrospectivo en nuestros suicidas: si bien

⁴⁹ Pokorny, A. D., *Prediction...*, cit.; Streiner, D. L. et al., *Evaluation of the effectiveness of suicide prevention programs. A methodological perspective*, Suicide Life Threat. Behav., 1987, 17(2), ps. 93-106. Allebeck, P. et al., *Risk factors for suicide among patients with schizophrenia*, Acta Psychiatr. Scand., 76(4), oct.-1987, ps. 414-19.

⁵⁰ Beck, A. T. et al., *Alcoholism, hopelessness, suicidal behavior*, J Stud. Alcohol, 1976, 37:60-67. Palola, E. et al., "Alcoholism and suicidal behavior", in Pittman, D. J., and Snyder, C. R., *Society, culture and drinking patterns*, J Wiley, New York, 1962, ps. 23-56. Berglund, M., *Suicide in alcoholism. A prospective study of 88 suicides*, Arch. Gen. Psychiatry, 1984, 41:888-891. Hawton, K. et al., *Adolescents who take overdoses. Their characteristics, problems and contacts with helping agencies*, Br J Psychiatry, 1982, 140:118-23. Terroba Garza, G. et al., *El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida*, Sal. Púb. Méx., 1986, 28:489. Saxon, S. et al., *Drug abuse and suicide*, Am J Drug Alcohol Abuse, 1978, 5:485-95. Motto, J. A., *Suicide risk factors in alcohol abuse*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 1980, 10:230-38. Motto, J. A., *Suicide risk factors in drug abuse*, Crisis, 1980, 1:8-15.

es cierto que en el examen psiquiátrico predominan los síntomas de la esfera afectiva, lo cual nos llevaría a pensar en cuadros afectivos de la serie depresiva, cuando profundizamos en cada una de las autopsias psicológicas vemos que sí, que finalmente (es decir, en la antesala de la muerte) cerca del 70% de estas personas exhibía algún síntoma de la esfera afectiva, pero al estudiarlos longitudinalmente sólo el 17,9% poseía elementos diagnósticos evolutivos de una enfermedad afectiva⁵¹, el 33,6% eran trastornos situacionales con predominio de síntomas depresivos⁵²; sin embargo, el 45,7% cumplían los requerimientos diagnósticos de la adicción al alcohol, y el 42,1% a las drogas, recordando la posibilidad de respuestas múltiples que en el caso de las adicciones fue más común, pues cerca de la cuarta parte de los alcohólicos eran también drogadictos, y en sus últimos estadios instalaron cuadros depresivos, algunos atípicos y enmascarados por la propia adicción⁵³.

⁵¹ Vogel, R. et al., *Chances for estimating suicide among impatient treated depressive disorders*, paper presented at the first European Symposium on Empirical Research of Suicidal Behavior, Munich, march-1986, ps. 19-22. Guze, S. B. et al., *Suicide and primary affective disorders*, Br J Psychiatry, 1970, 117:437-38. Wisdom, J. O., *Die psychoanalytischen themen uber die melancholie esturicklungsgeschichte und vergleich*, Psychoanal, 1967, 4:102-54. Johnson, G. F. et al., *Suicidal behavior in bipolar manic-depressive patients and their families*, Comprehens Psychiatry, 1979, 20:159-64. Martin, R. L. et al., *Mortality in a follow-up of 500 psychiatric out-patients. I Total mortality*, Arch. Gen. Psychiatry, 1985, 42:47-54. Essen-Moller, E., *On classification of mental disorders*, Acta Psychiatr. Scand., 1961, 37:199-26.

⁵² Winokur, G., *Alcoholism...*, cit.; McAnarney, S. R., *Suicidal...*, cit.; Paykel, E. S. et al., *Suicide attempts follows acute depression*, J Nerv. Ment. Dis., 1971, 153:234-43. Stater, J. et al., *The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder*, J Abnorm Psychology, 1981, 90:275-85.

⁵³ Winokur, G., *Alcoholism...*, cit.; Beck, A. T. et al., *Alcoholism...*, cit.; Alterman, A. I., *Patterns of familial alcoholism, alcoholism severity and psychopathology*, J Nerv. Ment. Dis., 1988, 176:167-75. von Knorring, L. et al., *Personality traits in subtypes of alcoholics*, J Stud. Alcohol, 1987, 48(6), ps. 523-27.

Pero sí queremos dejar claro que al profundizar en la conducta alcohólica en especial, predominó el mecanismo socio-cultural de iniciación en la adicción. Siguiendo biográficamente a estas personas, aparecieron luego los conflictos familiares, la pérdida o el alejamiento de quienes las quisieron, muchas veces la pérdida del vínculo laboral y después de ese período de pérdidas finalmente la depresión, por lo cual en esos casos priorizamos en la interpretación nosológica la adicción, puesto que en definitiva es la causa del desenlace ⁵⁴.

Teniendo en cuenta su significación en el fenómeno suicida, queremos detenernos a profundizar un poco en los mecanismos que determinan este final en los adictos. En primer lugar, las adicciones en general y el alcoholismo en particular, constituyen una suerte de *suicidio crónico* ⁵⁵, el individuo se va deteriorando física y psicológicamente, se va aislando socialmente, siendo frecuente la hostilidad contra el medio, la irritabilidad, la violencia y luego de un período de pérdida de valores y nexos familiares, laborales y sociales, sobreviene la depresión ⁵⁶. Existen circunstancias agravantes, como la tercera edad, donde habitualmente se producen pérdidas de todo tipo, fundamentalmente físicas, por lo cual es fácil entender

⁵⁴ Bronisch, T. et al., *Comparison of depressed patients with and without suicide attempts in their past history*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:438-49. Berglund, M., *Cerebral dysfunction in alcoholism related to mortality and long term social adjustment*, Alc. Clin. Exp. Res., 1985, 9:153-57. Berglund, M., *Suicide in male alcoholics with peptic ulcer*, Alc. Clin. Exp. Res., 1986, 10:631-34. Rich, C. L. et al., *San Diego suicide study I. Young vs old subjects*, Arch. Gen. Psychiatry, 1986, 43:577-82. Wolk-Wasserman, D., *Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others*, Acta Psychiatr. Scand., 1986, 73:481-99.

⁵⁵ Menninger, K., *Man...*, citado.

⁵⁶ Bronisch, T. et al., *Comparison...*, cit.; Selakovic, S. et al., *Alcoholics and nonalcoholics in suicide attempts, depression et suicide*, Pergamon Press, New York, 1981:467-71. Turner, R. M., *Parasuicide...*, cit.; Murphy, G. E. et al., *Suicide...*, cit.; Berglund, M., *Mortality in alcoholics related to psychiatric state at first admission*, Acta Psychiatr. Scand., 1984, 70:407-416.

que si el adicto pertenece a ese grupo su situación sea aun más difícil, tendiendo más al suicidio⁵⁷, aunque en nuestro estudio predominaron los bebedores jóvenes, coincidiendo con otros autores latinoamericanos⁵⁸.

Cuando llega el momento final pueden incidir otros mecanismos, como es la desesperación⁵⁹ y la impulsividad⁶⁰, habitualmente favorecida por la ingestión de alcohol en las inmediaciones del acto⁶¹. En cuanto a los efectos del alcohol sobre el sistema nervioso central⁶², en una etapa inicial son estimulantes⁶³, propiciando la disminución de las inhibiciones y el autocontrol, aportando asimismo la falsa sensación de coraje que puede ser un factor decisivo en el suicidio⁶⁴, como facili-

⁵⁷ Schuckit, M. A. et al., *Alcoholism in elderly men, a survey of a general medical ward*, Ann NY Acad. Sci., 1976, 273:558-71. Gomberg, E. L., *Drinking and problem drinking among the elderly*, Ann Arbor MI Univ. of Michigan, Institute of Gerontology, 1980, ps. 12-3. Zimberg, S., *The elderly alcoholic*, Gerontologist, 1974, 4(3), ps. 221-4. Jarvis, G. K., *The probability of suicide. Identification of Canadian population segments at high risk*. Dpto. of Sociology, University of Alberta, Edmonton, 1980, ps. 23-34. Kraft, D. P. et al., *Suicide by persons with and without psychiatric contacts*, Arch. Gen. Psychiatry, 1976, 32:209-15.

⁵⁸ Terroba Garza, G. et al., *El consumo...*, citado.

⁵⁹ Beck, A. T. et al., *Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics*, J Stud. Alcohol, 1982, 43(9), ps. 1042-6; *id.*, *Alcoholism...*, citado.

⁶⁰ Mayfield, D. G. et al., *Alcoholism, alcohol intoxication and suicide attempts*, Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 27:349-53. Rydelius, A., *The development of antisocial behavior and sudden violent death*, Acta Psychiatr. Scand., 1988, 77:398.

⁶¹ Mayfield, D. G. et al., *Alcoholism...*, cit.; Berglund, M. et al., *Suicide in alcoholism. A prospective study of 55 cases with autopsy findings*, Acta Psychiatr. Scand., 76(4), oct.-1987, ps. 381-85.

⁶² Hendin, H., *Suicide...*, cit.; Brow, G.H. et al., *Human...*, cit., Asberg, M., *Biochemical...*, cit., ps. 374-6.

⁶³ James, J. D., *Blood alcohol levels following successful suicide*, QJ Stud. Alcohol, 1966, 27:23-29.

⁶⁴ James, J. D., *Blood ...*, cit., 27:23-29.

tador del paso al acto⁶⁵, aunque por otra parte hay autores que aseguran que los alcohólicos toleran niveles elevados de alcohol en sangre, conservando la habilidad para planear y la eficiencia motora para ejecutar la secuencia completa de acciones como parte de su autodestrucción intencional⁶⁶, es decir que la ingestión de alcohol previo al acto no parece influir grandemente en la comisión de actos impulsivos, sino más bien estimular decisiones bien establecidas; en los casos estudiados por nosotros el comportamiento fue prioritariamente el indicado, coincidiendo con Peyser⁶⁷, los alcohólicos no eran básicamente individuos en un *raptus* que beben para adquirir valor y acabar, eran personas desgraciadas, aburridas, hastiadas, que finalmente, tras largo sufrir su desgracia, su soledad, su aislamiento, deciden terminar.

Aunque el alcoholismo y la drogadicción tienen un lugar bien ganado en la suicidología, reconocido en la literatura internacional, en nuestro país no tenemos antecedentes de investigaciones que muestren tan a las claras la magnitud del fenómeno adictivo en la causalidad del suicidio, fundamentalmente en la gente joven⁶⁸.

Las áreas de conflicto más importantes en nuestros suicidas fueron la familia, la vivienda y la economía; la mayor parte de los problemas familiares estaban determinados por la convivencia de varias personas de generaciones diferentes en una misma casa, lo cual generaba conflictos en las relaciones interpersonales en cuanto a criterios, escala de valores, intereses y jerarquización de decisiones. Podemos asegurar,

⁶⁵ Nordstrom, P. et al., *Suicide...*, cit.; James, J. D., *Blood ...*, cit., 27:23-29.

⁶⁶ Peyser, J. A. et al., *Tolerance at high blood alcohol concentrations*, J Forensic Sc, vol. 31, n° 1, jan.-1986, p. 212.

⁶⁷ Peyser, J. A. et al., *Tolerance...*, cit., p. 212.

⁶⁸ Civeira Murillo, J. et al., *Intervención en la conducta suicida*. Psicopatología, 5(2), abr.-jun., 1985, ps. 171-80.

aunque no era nuestro objetivo medirlo, que el índice de disfuncionalidad familiar en todos los casos era muy elevado, coincidentemente con lo reportado por otros autores revisados ⁶⁹.

Las dificultades económicas incidían fundamentalmente en la tercera edad y en enfermos somáticos o psiquiátricos, que como producto de sus limitaciones tenían bajo poder adquisitivo; estos resultados también coinciden con otros autores consultados ⁷⁰.

Valoramos algunos datos acerca del tipo y estado de la vivienda de los suicidas estudiados, observando que más de la mitad se encontraban en regular estado de acuerdo con los parámetros definidos operacionalmente; en la literatura revisada se hace referencia —entre otros aspectos que aluden a la pertenencia de los suicidas a clases sociales bajas— a las desfavorables condiciones de vida de éstos ⁷¹.

Para la caracterización psicológica del suicida tomamos aquellos perfiles psicológicos presentes en más del 50% de los casos, de tal suerte que resultan por su frecuencia la impulsividad, terquedad, reserva, seguridad en sí mismo, comportamiento caprichoso, así como el ser personas activas, inquietas

⁶⁹ Adam, K. S. et al., *Parental...*, cit.; Stanley, E. J. et al., *Adolescent suicide behavior*, Am J Orthopsychiat., 1970, 40:87-96.

Firestone, R. W. et al., *Microsuicide and suicidal threats of everyday life*, Psychotherapy, 1987, 24(1), ps. 31-39.

Hirschfeld, R. M. A. et al., "Personality, life events and others psychosocial factors in adolescent depression and suicide", in Klerman, G. L. de, *Suicide and depression among adolescent and young adults*, Am Psychiatr. Press, 1986:215.

⁷⁰ Diesktra, R. F. W. et al., *Attitudes...*, cit.; Sims, M., *Sex...*, cit.; Civeira Murillo, J. et al., *Intervención...*, citado.

⁷¹ Adam, K. S. et al., *Parental...*, cit.; Haider, I., *Suicidal attempts in children and adolescents*, Br J Psychiatry, 1968, 114:1133-34. Tishler, C. L. et al., *Adolescents suicide attempts: some significant factors*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 1982, 11:86-92. Merrill, J. et al., *Ethnic differences in self-poisoning. A comparison of asian and white groups*, Br J Psychiatry, 1986, (148), ps. 708-12.

y cumplidoras. En la bibliografía revisada también predominó la impulsividad como característica de personalidad ⁷², y aunque era clásica la mención a la hostilidad ⁷³ y a la dependencia ⁷⁴, en nuestro estudio estos comportamientos aparecen pero sin predominar.

En cuanto a las características psicológicas de la pareja del suicida, debemos comentar que no obtuvimos un perfil definido, puesto que, en primer lugar, los suicidas con pareja estable constituían minoría (23,6%), y en segundo lugar, los elementos negativos que se exploraban, aun cuando aparecían en algunos casos, no alcanzaban ni al 10% de las personas evaluadas, motivo por el cual entendemos que carece de valor cualquier conclusión al respecto.

En los antecedentes de tratamientos previos a la muerte, con posibilidad de respuestas múltiples, consideramos interesante que sólo tres de estas personas habían recibido psicoterapia individual por psiquiatras de su área de salud; decimos esto porque se trata de un recurso terapéutico al alcance inclusive de los médicos de atención primaria y debería hacerse un mejor uso de él en función de la prevención de la conducta suicida.

Queremos señalar que algunos ansiolíticos e hipnóticos eran utilizados por los suicidas por sugerencia de vecinos, amigos o familiares, o indicados por complacencia por algún médico no necesariamente de su área de salud.

⁷² Allebeck, P. et al., *Predictors of completed suicide in a cohort of 50465 young men, role of personality and deviant behavior*, Br Med. J, 1988, 297:176-78. Birtchnell, J., *Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients*, Br J Psychiatry, 1981, 138:381-90.

⁷³ Menninger, K., *Man...*, cit.; Weissman, M. M. et al., *Hostility...*, citado.

⁷⁴ Brent, D. A. et al., *The psychological...*, cit.; Berglund, M. et al., *Suicide in psychiatric...*, cit.; Shneidman, E., *Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy*, Am J Psychoter., 1984, 38:314-28. Newson-Smith, J. et al., "Psychiatric symptoms in selfpoisoning patients", in Farmer, R., and Hirsch, S., *The suicide syndrome*, Groom Helm, London, 1980.

En la exploración de las señales emitidas antes de la muerte por los suicidas, encontramos en primer lugar los comentarios pesimistas acerca del futuro, en segundo lugar la desesperanza, seguida de la expresión de sentimientos de soledad, inutilidad, incapacidad o incompetencia y abatimiento. Las verbalizaciones suicidas, a menudo subvaloradas, aparecieron en la tercera parte de los casos estudiados. En la literatura revisada aparecen prioritariamente los sentimientos de inutilidad⁷⁵ y la desesperanza⁷⁶.

Consideramos muy importante señalar que el total de los suicidas emitieron señales, verbales o extraverbales, que anunciaban el propósito de autoeliminarse, lo cual nos anima a pensar que no es tan difícil evitar el suicidio si pensamos en la posibilidad de su ocurrencia y estamos prestantes a captar esas señales e interpretarlas correctamente en función de la prevención.

Lo más importante de este estudio fue precisamente demostrar que el método propuesto y validado por nosotros era factible de aplicar en una muestra importante de casos, por parte de un grupo heterogéneo de exploradores y que resultaba sensible para captar los elementos que la literatura especializada perfila como significativos en la causalidad y psicodinámica del suicidio, de manera tal que en el futuro pudiera generalizarse a estudios más ambiciosos, e inclusive a la investigación del fenómeno en el país.

⁷⁵ Diesktra, R. F. W. et al., *Attitudes...*, cit.; Rich, C. L. et al., *San Diego...*, cit.; Shneidman, E., *Aphorisms...*, cit.; Newson-Smith, J. et al., "Psychiatric...", cit., in Farmer, R., and Hirsch, S., *The suicide...*, citado.

⁷⁶ Mc Intire, M. S. et al., *Recurrent adolescent suicidal behavior*, *Pediatrics*, 1977, 60:605-608. Seligman, M. E., "Learned helplessness and depression in animals and men", in Spence, J. T. de. *Behavioral approaches to therapy*, Morristown, NJ, Gral Learning Press, 1976.

5. *CONCLUSIONES*

El instrumento de autopsia psicológica propuesto resulta viable.

La información obtenida, aplicando la metodología propuesta, resulta confiable.

La metodología propuesta resulta generalizable al estudio del suicidio, empleándola exploradores procedentes de diferentes escuelas.

CAPÍTULO III

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA

EN LAS INVESTIGACIONES CRIMINOLÓGICAS *

1. *LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA AL ESTUDIO DE LAS VÍCTIMAS DE HOMICIDIO Y ASESINATO (APLICACIÓN CRIMINOLÓGICA)*

La privación de la vida (propia o ajena) es sin lugar a dudas la conducta más grave que puede realizar un ser humano; desde el punto de vista victimológico es irreparable, es la desaparición de la víctima directa, es el punto final del *iter victimae* ¹.

En la investigación comentada en el capítulo anterior nos dimos a la tarea de estudiar a los suicidas, profundizamos en su dinámica intrapsíquica y demostramos que es posible reconstruir el perfil psicopatológico de una persona ya fallecida a través de una metodología científicamente validada como confiable.

Con esta experiencia y con la preocupación de no haber

* En la realización del presente capítulo intervino como colaborador, el licenciado Rainieri Rojas López.

¹ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología. Estudio de la víctima*, 2ª ed., Porrúa, México, 1990, p. 254.

encontrado en nuestra revisión bibliográfica ningún antecedente de modelos, formularios, guías o cualquier otro instrumento de autopsia psicológica que hubiese sido diseñado específicamente para la víctima de homicidio, nos propusimos la creación de un modelo que hiciera posible el estudio científico de estas personas.

El profesor Rodríguez Manzanera ² plantea que una de las dificultades típicas en el estudio del homicidio es que no contamos ya con la víctima, no conocemos su versión de los hechos, sus sentimientos, su actuación después del crimen, etc. El eminente criminólogo ³ mexicano aclara que este impedimento puede superarse en los casos en que la víctima sobrevive un tiempo después de la agresión o en aquellos en que el homicidio quedó en grado de tentativa.

También en nuestro país se ha considerado el fallecimiento de la víctima de homicidio como condición que impide conocer los aspectos psicológicos y psiquiátricos que pudieron influir en la comisión del hecho ⁴.

Teniendo en cuenta el progresivo ascenso de las tasas de homicidio en nuestro país, donde de 4,5 y 4,9 x 100.000 habitantes en los años 1986 y 1987, ascendió a 6,2 en 1988, y ya en 1991 era de 7,5 x 100.000 ⁵, con una tendencia creciente, y el hecho de que la ciudad de La Habana ocupe el primer lugar ⁶, se hace más urgente la necesidad de profundizar en el estudio de este fenómeno, máxime cuando el grupo poblacional más afectado es el de las edades más productivas de la vida (15 a 49 años) con una tasa que en 1993 se elevó a 10,8 para determinar que apareciera como quinta causa de muerte ⁷.

² Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., p. 258.

³ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., p. 258.

⁴ Amieiro, E., y Milán, G., *Consideraciones sobre la violencia criminal en Cuba. Peculiaridades para su análisis*, Inst. Inv. Crim. MININT., n° 2, agos.-1994.

⁵ MINSAP, Anuario estadístico, Direc. Nac. Estad. República de Cuba, 1993.

⁶ Amieiro, E., y Milán, G., *Consideraciones ...*, citado.

⁷ MINSAP, *Anuario estadístico*, citado.

Estas consideraciones brevemente expuestas nos motivaron a diseñar un método para el estudio de la víctima de homicidio, con la aspiración de contribuir al conocimiento de uno de los problemas humanos permanentes más trágicamente atractivos⁸, donde muchas veces, como dice Snyder Le Moyne⁹, lo que falta es el conocimiento del factor determinante, es decir, lo que acontecía en la mente de la víctima contemporáneamente con la hora de su muerte.

2. MARCO TEÓRICO

Coincidimos con el profesor Rodríguez Manzanera en que el homicidio no es fácil de explicar, ya que influyen demasiados factores¹⁰; la criminogénesis y la criminodinámica del homicida han sido muy estudiadas, sus rasgos, su personalidad, su *iter criminis*; por el contrario, falta mucho por saber acerca de la víctima y de lo que este investigador llama *iter victimae*¹¹.

Como planteaba Hans von Heuting en su obra *El asesinato*, "la víctima no es únicamente un objeto inanimado, sino elemento activo en la dinámica del asesinato"¹²; tan es así que Neuman afirma que un estudio de la criminogénesis no puede ser relevante y serio si no se tiene en cuenta el papel jugado por la víctima, y en qué medida ella ha contribuido, consciente o inconscientemente, al acto¹³.

Para la mejor comprensión de este capítulo creemos necesario definir algunos términos que serán empleados con fre-

⁸ Hesnard, A., *Psicología del crimen*, Zeus, Barcelona, 1963.

⁹ Snyder, L. M., *Investigación...*, citado.

¹⁰ Rodríguez Manzanera, L., *El homicidio en México. Criminología en América Latina*. UNICRI, pub. 33, Roma, mayo 1990, p. 155.

¹¹ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., p. 254.

¹² von Heuting, Hans, *El asesinato*, Espasa-Calpe, Madrid, 1962, p. 273.

¹³ Neuman, E., *Victimología*, Cárdenas, México, 1989, ps. 23-69.

cuencia, tanto en la descripción de la metodología como en la discusión de los resultados; estas definiciones las tomamos de las obras del profesor Rodríguez Manzanera (*Criminología*¹⁴ y *Victimología. Estudio de la víctima*¹⁵).

- *Criminogénesis*: Estudio del origen de la conducta criminal.

- *Criminodinámica*: Explicación de los procesos seguidos para llegar a la conducta antisocial.

- *Causa criminógena*: condición necesaria sin la cual un cierto comportamiento no se habría manifestado jamás.

- *Móvil criminógeno*: Aquello de naturaleza interna que ha llevado al sujeto a cometer una conducta antisocial.

- *Factor criminógeno*: Todo aquello que favorece a la comisión de conductas antisociales (en la opinión de Mayorca, se trata de "un estímulo endógeno, exógeno o mixto que concurre a la formación del fenómeno criminal").

- *Factores causales*: No siempre el factor criminógeno es la causa del crimen, así como hay casos en que la causa no era previamente un factor criminógeno. Lo común es que los factores criminógenos en general se conviertan en causas criminógenas en lo particular. Es un término de especial aplicación en criminología clínica, y se refiere a factores que causaron la antisocialidad del sujeto.

- *Factores crimino-impelentes*: Factores activantes de la conducta antisocial.

- *Factores crimino-repelentes*: Factores inhibidores que en una forma u otra impiden o frenan al individuo a cometer la conducta indeseable.

- *Factores predisponentes*: Son de naturaleza endógena, y pueden ser biológicos o psicológicos.

¹⁴ Rodríguez Manzanera, L., *Criminología*, Porrúa, México, 1993, p. 465.

¹⁵ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

- *Factores preparantes*: Son generalmente exógenos; vienen de afuera hacia adentro; pueden ser sociales o mixtos.
- *Factor desencadenante*: Es el que precipita los hechos, punto final del drama, el último eslabón de una cadena.
- *Víctima*: Es el sujeto que padece un daño por culpa propia, ajena o por causa fortuita.
- *Victimización*: Mecanismo por el cual una persona llega a convertirse en sujeto pasivo de un hecho punible.
- *Victimización directa*: Es la que va en contra de la víctima en sí.
- *Victimización indirecta*: Es aquella que se da producto de la anterior y recae sobre las personas que tienen una relación estrecha con el agredido.
- *Victimario*: Es quien produce el daño, sufrimiento o padecimiento de la víctima.
- *Victimizar*: Hacer objeto a otro u otros de una acción victimante; es, en última instancia, convertir a alguien en víctima.
- *Victimizable*: Es el sujeto capaz de ser víctima.
- *Victimante*: Es aquello con capacidad de victimar.
- *Victimógeno*: Es lo que puede producir la victimización.

Asimismo deseamos señalar que llamamos *hecho esclarecido* a aquel homicidio o asesinato que ha sido aclarado completamente por la investigación policial, tanto en su forma de ejecución como en sus móviles, autores participantes, grado y forma de participación. Cuando estos aspectos son establecidos desde el primer momento, es decir, desde que se produce el hallazgo del cadáver, el caso se queda a nivel de unidad municipal de la policía donde se instruye el expediente de fase preparatoria que establece la culpabilidad de los autores. Cuando estos elementos no quedan claros el caso pasa a la Unidad Provincial de Operaciones Policiales (sección de homicidios), para establecer las circunstancias del crimen, por necesitar mayores recursos técnicos y experiencia en la investigación criminal.

De igual manera hablamos de autor conocido: cuando a través de la investigación policial la identidad del homicida ha quedado establecida, aunque no haya sido detenido o no se haya declarado confeso del crimen.

Como quiera que haremos referencia a categorías de víctimas, tanto en la metodología como en el análisis de los resultados, consideramos necesaria una breve reseña de las principales clasificaciones o tipologías victimológicas que aparecen en la literatura, las cuales incluimos a continuación.

a) *Clasificación de Beniamin Mendelsohn*.— De gran importancia no sólo para la victimología, sino en sus aplicaciones jurídico-penales, ya que de ella se desprende el grado de responsabilidad del delincuente, pues nos indicará el grado de culpa atribuible a la víctima en la comisión del delito, restando ésta a la responsabilidad del infractor.

Primer grupo:

Víctima inocente: No hay provocación ni otra forma de participación en el delito. Puede aplicarse la pena integral al delincuente.

Segundo grupo:

a) *Víctima provocadora:* Por su conducta, incita al infractor a cometer la infracción.

b) *Víctima por imprudencia:* Determina el accidente por falta de control en sí mismo.

c) *Víctima voluntaria:* Ruleta rusa, pacto suicida, eutanasia.

d) *Víctima por ignorancia:* Por ejemplo, mujer que se provoca un aborto por medios impropios, pagando con su vida su ignorancia.

En estos casos la víctima colabora en mayor o menor grado, y en ocasiones intencionalmente; por lo tanto, debe disminuirse la pena al criminal en el grado en que la víctima participó en el delito.

Tercer grupo:

- a) *Víctima agresora*: Culpable ideal, legítima defensa.
- b) *Víctima simuladora*: Acusador que premedita o irresponsablemente inculpa al acusado, recurriendo a cualquier maniobra con tal de hacer caer a la justicia en un error.
- c) *Víctima imaginaria*: El paranoico (reinvindicador, litigante, interpretativo, perseguidor-perseguido), histérico, mítómano, senil, infantil o adolescente.

En este caso la víctima comete el hecho delictuoso, o éste no existe, por lo que el inculpado debe ser absuelto.

b) *Tipología de Hans von Heuting*.— El autor aludido contempla las siguientes posibilidades:

1) *Situaciones de la víctima*:

a) *Víctima aislada*: Se aparta de las relaciones sociales, se torna solitaria, poniendo en peligro su integridad, ya que se priva de la natural protección de la comunidad; por ejemplo, el anciano, el extranjero, la viuda, el desertor, el misántropo.

b) *Víctima por proximidad*: La proximidad excesiva, angustiosa, es un factor victimógeno.

2) *Impulsos y eliminación de inhibiciones de la víctima*:

a) *Víctima con ánimo de lucro*: Por codicia, por deseo de enriquecimiento fácil.

b) *Víctima con ansias de vivir*: Aquella que se ha privado de las cosas que la mayoría ha gozado, y trata de recuperar el tiempo perdido, de vivir lo que no ha vivido; v.gr., ansia de libertad, búsqueda de aventuras y peligros, de nuevas impresiones, pasión por el juego, el emigrar, el derroche, etcétera.

c) *Víctimas agresivas*: Han torturado a su familia, amigos, amantes o subordinados, los que llegado el momento, y por un mecanismo de saturación, se convierten de víctimas en victimarios.

d) *Víctimas sin valor*: Parece ser un sentimiento arraigado en el pueblo, el hecho de que determinadas personas inú-

tiles son víctimas de menos valor; por ejemplo, viejos, cargos, malos, pecadores, infieles, etcétera.

3) *Víctima con resistencia reducida:*

a) *Víctima por estados emocionales:* "Los sentimientos fuertes arrastran consigo a la totalidad de las funciones psíquicas y las agotan y varían en su favor. Eliminan todo tipo de crítica que impida su pleno desarrollo y que suponga de momento un debilitamiento". Ejemplos de ello resultan ser el miedo, el odio, etc., propiciatorios de la victimización.

b) *Víctima por transiciones normales en el curso de la vida:* En primer lugar, la corta edad, por ingenuidad, confianza e inexperiencia. Pubertad y vejez, en segundo lugar. En las mujeres el embarazo y la menopausia.

c) *Víctima perversa:* Los que Heuting denomina *psicopáticos*, desviados que son explotados por su problema; v.gr., homosexuales, prostitutas, estupradores, violadores y masoquistas.

d) *Víctima bebedora:* "El alcohol está a la cabeza de los factores que crean víctimas".

e) *Víctima depresiva:* La disminución del instinto de conservación la coloca en situaciones francamente victimógenas.

f) *Víctima voluntaria:* Permite que se cometa el ilícito, o al menos no ofrece resistencia alguna.

4) *Víctima propensa:*

a) *Víctima indefensa:* Se ve privada de la ayuda del Estado, porque tiene que evitar la persecución penal.

b) *Víctima falsa:* Se autovictimiza para obtener beneficio.

c) *Víctima inmune:* Hay ciertas personas que son *tabú* en el mundo del crimen, considerándose un error victimizarlas; se trata de una especie de código no escrito; v.gr., sacerdotes, jueces, fiscales, policías, periodistas, etcétera.

d) *Víctima hereditaria.*

e) *Víctima reincidente:* A pesar de que ha sufrido, no toma precauciones para evitar volver a ser victimizada. Es un fenómeno similar al del criminal reincidente. Se trata de sujetos

con impulsos defensivos demasiado débiles o de capacidad de resistencia muy pequeña.

f) Víctima que se convierte en autor: La transmigración de la violencia del autor a la víctima y de la víctima de nuevo al autor es un fenómeno que encontramos continuamente. Es algo así como el vencido que se pasa al enemigo, pues le convencen sus mejores métodos de combate.

c) *Clasificación de Jiménez de Asúa.*— Este autor presenta los siguientes casos:

1) *Víctimas indiferentes (indefinidas):* La víctima pudo haber sido cualquiera, fue escogida al azar por el criminal.

2) *Víctimas determinadas:* Escogidas específicamente por el criminal, a quien que no le da lo mismo victimizar a cualquier otra, entre ellas:

a) *Víctimas resistentes:* En forma real o presunta; en la primera situación se defiende de manera efectiva; en la segunda es victimizada en forma tal, que nos indica que el criminal sabía que se iba a defender.

b) *Víctimas coadyuvantes:* Son aquellas que participan activamente en el delito. Por ejemplo: homicidio, tiranicidio, homicidio justiciero, atormentador-atormentado, pasional, duelo, homicidio consentido.

d) *Clasificación de Abdel Ezzat Fattah.*— El nombrado presenta las situaciones incluidas seguidamente:

1) *Víctima no participante:* Rechaza al ofensor y a la ofensa, y no ha contribuido al origen de la agresión.

2) *Víctima latente o predispuesta:* Puede encontrar cierta predisposición a ser víctima, por defectos de carácter o por otros factores. Ejemplo: alcoholismo, profesión, edad, condiciones de vida, desviaciones sexuales, etcétera.

3) *Víctima provocativa*: Incita al criminal a cometer la acción, creando una situación que puede conducir al crimen.

4) *Víctima participante*: Interviene en el crimen, adoptando una actitud pasiva o facilitando la acción, o aun auxiliando al criminal.

5) *Víctima falsa*: Presunta víctima de un crimen cometido por otra persona, o que ha sido víctima de sus propias acciones.

e) *Clasificación de Stephen Schafer*.— Fundamentada en la medida de responsabilidad de la víctima, eje de la relación criminal-víctima, punto crítico de cómo entender y juzgar el crimen.

1) *Víctimas sin relación con el criminal*.

2) *Víctimas provocativas*: Incitan a la agresión en su contra.

3) *Víctimas precipitadoras*: Inducen o atraen al criminal.

4) *Víctimas biológicamente débiles*: Padecen por sus características físicas o mentales.

5) *Víctimas socialmente débiles*: No son bien vistas por la sociedad como parte de ella.

6) *Auto-víctimas*: Se victimizan a sí mismos.

7) *Víctimas políticas*: Padecen persecución y sufrimiento a causa de sus ideas relacionadas con este tenor.

3. METODOLOGÍA EMPLEADA

Nuestra investigación, de acuerdo con los criterios del Convenio Internacional de Estudios sobre Victimología de Bellagio, Italia, 1975¹⁶, se ubica dentro de la primera de las áreas

¹⁶ Rodríguez Manzanera, L, *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

básicas, que estudia el papel de la víctima, tratando de averiguar hasta qué punto la víctima ayudó, contribuyó, fomentó, dio lugar o participó en su propia victimización; poniendo énfasis en el estudio de la personalidad del ofendido y el papel que ésta juega en la comisión del hecho ¹⁷.

El método a utilizar es el de los cuestionarios, y que en el caso de la víctima de homicidio, hay que recurrir a buscar la información a través del interrogatorio al victimario, y a la investigación de aquellos que hayan tenido conocimiento directo del ofendido ¹⁸.

Según plantea el profesor Rodríguez Manzanera ¹⁹, lo aconsejable en este modelo de investigación es utilizar todas las vías por las que podamos obtener información, no sólo las personales, sino también las documentales, como registros, informes periodísticos, etcétera.

Igualmente apunta que este modelo ha demostrado su gran utilidad en sus aplicaciones en el medio de la administración de justicia, dando al juez mayores elementos de juicio ²⁰.

Principios metodológicos.— A partir de la evidencia de que nos enfrentamos al estudio de un hecho fatal consumado, no podemos estudiarlo por métodos directos, es necesario entonces desarrollar métodos indirectos inferenciales, buscando la información retrospectiva del fallecido en las personas más allegadas que se supone lo conocieron más íntimamente.

El método de exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida del occiso a través de la entrevista a terceras personas se denomina autopsia psicológica.

En una investigación anterior validamos un instrumento

¹⁷ Rodríguez Manzanera, L, *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

¹⁸ Rodríguez Manzanera, L, *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

¹⁹ Rodríguez Manzanera, L, *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

²⁰ Rodríguez Manzanera, L, *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

exploratorio dirigido a recoger información de la víctima de suicidio²¹; para confeccionar aquel modelo tuvimos en cuenta todos los antecedentes registrados en la literatura especializada y revisamos todos los modelos, escalas y formularios propuestos por diferentes autores²², incluyendo aquéllos relacionados más específicamente con la actividad medicolegal²³.

Los principios metodológicos generales fueron tomados de las encuestas confeccionadas por Robert Litman²⁴, Douglas y Sargent²⁵, Blachly²⁶, y Terroba y Saltijeral²⁷, teniendo sobre ellos la ventaja de partir de un sistema de salud mucho más organizado, que nos permite garantías en cuanto a registros estadísticos y acceso a información de la cual estos autores no disfrutaban, puesto que se enfrentan, en primer término, a un enorme subregistro por el propio modo de certificación de la muerte, donde básicamente la autoridad actuante es quien define la etiología medicolegal de la misma, viéndose presionados por una serie de consideraciones socioeconómicas, y en segundo lugar, a menudo la familia no se encuentra en disposición de ayudar a los investigadores.

Las encuestas revisadas son, en su gran mayoría, abiertas o semiestructuradas, es decir, dejan margen a considera-

²¹ Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, citada.

²² Adam, K. S. et al., *Parental...*, cit.; Tsuang, M. T., *Genetic...*, cit.; Winokur, G., *Alcoholism...*, cit.; Kendall, R. E., *Alcohol...*, cit.; Murphy, G. E. et al., *Suicide...*, cit.; González Menéndez, R., *Los cuestionarios...*, cit.; *Glosario Cubano...*, cit.; *Historia clínica psiquiátrica...*, cit.; Weissman, M. M. et al., *Hostility...*, cit.; *Grupo de psicología...*, cit.; Turner, R. M., *Parasuicide...*, cit.; Valdés Mier, M., Conferencia..., citada.

²³ Brent, D. A. et al., *The psychological...*, cit.; Sainsbury, P., *Suicide in old age*, cit.; *idem*, *Suicide in later life*, cit.; Osgood, N. J., *Suicide*, citado.

²⁴ Valdés Mier, M., Conferencia..., cit.; McIntosh, J. L., *Suicide...*, cit.; Hellon, C.P. et al., *Suicide...*, citado.

²⁵ Tsuang, M. T., *Genetic...*, cit.; Winokur, G., *Alcoholism...*, citado.

²⁶ Murphy, G. E. et al., *Suicide and alcoholism...*, citado.

²⁷ Adam, K. S. et al., *Parental...*, citado.

ciones personales. En nuestra investigación quisimos hacerla totalmente estructurada y sistematizada para evitar, al menos en relación con la estructuración del instrumento, la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso; de este modo conformamos el MAP²⁸.

A partir del MAP (modelo de autopsia psicológica para suicidas), el cual fue calibrado y validado en la ciudad de La Habana, y considerado resultado principal de investigación de la Vicerrectoría de Investigaciones del ISCM de La Habana en el año 1993, efectuamos las modificaciones que desarrollamos a continuación.

1. *Antecedentes patológicos familiares y sociales.* Además de los antecedentes patológicos familiares, consideramos los sociales:

- *Antecedentes delictivos:* Conductas que pueden ser calificadas como contravenciones o que inclusive constituyen delito, pero que no han conllevado proceso de instrucción, es decir, que el individuo no ha sido encausado judicialmente, lo cual determina que no figuren como antecedentes penales. Para buscar estos elementos nos apoyamos en los instructores policiales e investigadores.

- *Conductas antisociales:* Aquellas que rompen con los patrones de conducta aceptados por nuestra sociedad. Estos elementos se extraen tanto de las entrevistas a las fuentes como de las investigaciones complementarias del expediente de fase preparatoria.

- *Hechos de violencia:* Riñas, lesiones, abusos sexuales, homicidio, asesinato, asaltos, robo con fuerza o con violencia, amenazas y escándalo público. Se anotará la participación, sea cual fuere el rol desempeñado (víctima o victimario).

²⁸ Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, citada.

- *Antecedentes penales*: Serán confirmados por el instructor o investigador policial.

- *Antecedentes de estancia en prisión*: También serán confirmados por el instructor o investigador policial.

- *Antecedentes de atención y estancia en centros de orientación y reeducación de menores*: Serán igualmente confirmados por el instructor o investigador policial.

2. *Introducción de variables*. Fueron las siguientes:

- *Antecedentes penales*: Se tipifican de acuerdo con el Código Penal vigente (ley 62)²⁹; serán confirmados por el instructor policial.

- *Antecedentes de hechos de violencia no encausados judicialmente*: Se utilizan los mismos criterios empleados en el acápite correspondiente a antecedentes sociofamiliares.

- *Antecedentes cuando menor*: Se incluye la atención por oficiales de menores, por el CEAOM (Centro de Estudio, Atención y Orientación de Menores), y la estancia en centros de reeducación de menores. Completamos el resultado de la exploración a las fuentes de información con los datos aportados por el instructor e investigador policial.

- *Hábitos antisociales*: Tomamos los criterios empleados por Amieiro en su investigación de homicidios en 1988³⁰, y añadimos algunos que hemos observado en nuestra práctica profesional cotidiana. La información obtenida de las fuentes es confirmada a través de las investigaciones complementarias de la instrucción policial.

- *Relación con el autor o autores de su muerte*.

- *Lugar donde ocurre el hecho*: Se incluyen los más frecuentes, dando la posibilidad de que aparezca otro que en ese caso se especificará.

²⁹ Código Penal de la República de Cuba, ley 62.

³⁰ Amieiro Rodríguez, E., *Estudio criminológico de 63 hechos de homicidio y asesinato*, SIC, MININT, 1988, p. 25.

- *Horario de ocurrencia*: Se toma de la información que aparece en el expediente medicolegal y policial.
- *Presencia de terceras personas*.
- *Ingestión de alcohol u otras sustancias psicoactivas previo a su muerte*.
- *Portación de armas por parte de la víctima en el momento de su muerte*: Se incluyen las más frecuentes, dando la posibilidad de que aparezcan otras, las cuales serán especificadas.
- *Medio utilizado por el victimario*: Se señalan los más frecuentes, dando la posibilidad de que aparezcan otros, los cuales deberán ser especificados.
- *Posibles motivaciones del hecho*: Serán establecidas teniendo en cuenta la entrevista con los autores (en los casos de autor conocido), el resultado de las investigaciones policiales y el propio resultado de la caracterización de la víctima, así como su participación dinámica en el hecho. La clasificación de las motivaciones toma elementos de los móviles descritos por Amieiro³¹, añadiendo otros que nuestra experiencia profesional ha considerado importantes.
- *Relación víctima-victimario*: Llamamos relaciones afines a aquellas que motivan un tiempo considerable de interacción víctima-victimario (*siempre andaban juntos*), ya hubieran sido armónicas (*se llevaban muy bien*) o conflictivas (*siempre estaban peleando*). Las relaciones aversivas son aquellas en las cuales víctima y victimario se repelían, apenas se trataban. Las neutras son aquellas en las cuales se conocían pero no se querían bien ni mal. El término *ninguna* es aplicable a los casos en los cuales víctima y victimario no se conocían previamente al hecho, ni siquiera por referencias.
- *Sentimientos del victimario hacia la víctima*: Deberán ser descritos por el victimario; en el caso de sentimientos ambiguos, se acotarán aquellos que no saben definir si amaban u

³¹ Amieiro Rodríguez, E., *Estudio...*, cit., p. 25.

odiaban, temían o despreciaban a la víctima, o sentían un poco de todas esas emociones a veces contradictorias.

- *Actitud de la víctima en el momento de los hechos*: Esta información se obtiene de la entrevista a los autores (EFP: expediente de fase preparatoria, y expediente medicolegal).

Para la exploración de los homicidas confeccionamos un instrumento que mide los mismos aspectos que el aplicado indirectamente al occiso, pero por supuesto, para aplicación directa, le denominamos GEH (*Guía exploratoria del homicida*), donde aparecen además los siguientes acápites:

- *Autovaloración*: El victimario ofrece sus consideraciones acerca de su participación en el hecho.

- *Consideraciones acerca de quién fue el culpable*: De igual manera, el autor ofrece sus consideraciones acerca de quién fue el responsable del crimen.

- *Vivencias durante la ejecución del hecho*: El autor describe sus vivencias de forma libre y espontánea, y el explorador va ubicando los elementos dentro de los diferentes estados psicopatológicos que aparecen en este ítem.

- *Vivencias después del hecho*: El homicida describe sus vivencias en el período comprendido entre la ejecución del hecho y la detención, y el explorador va ubicando la información dentro de las diferentes manifestaciones psicopatológicas.

El nuevo modelo de autopsia psicológica se aplicó al menos a tres familiares, convivientes o allegados de cada víctima, de forma independiente y lo más privada posible, después de explicarle el carácter confidencial de la información solicitada y sus fines puramente científicos. En cada caso estudiado cruzamos la información ofrecida por cada una de las fuentes con el objeto de medir el grado de concordancia en el ítem.

Se estudiaron todas las víctimas de homicidio o asesinato de los hechos investigados por la sección de homicidios del Departamento Provincial de Operaciones Policiales de la ciudad de La Habana durante el año 1994. De un total de 52 casos,

logramos estudiar 50, los 2 casos que no pudieron estudiarse fueron de personas que vivían solas y no logramos ubicar familiares o amigos con suficiente conocimiento de la vida y la personalidad de los occisos como para que la información resultara útil.

Debemos señalar que las personas que aparecían dentro del círculo de sospechosos en la investigación policial, eran descartadas como fuentes aunque fueran familiares o amigos de la víctima, para evitar que la información se falseara, a fin de defenderse de una posible acusación de culpabilidad o complicidad.

En cada uno de los casos fue revisado el expediente medicolegal, el de fase preparatoria y las investigaciones policiales complementarias, previo a la exploración de las fuentes seleccionadas.

La ubicación de la víctima en tal o cual grupo racial no es determinada por el explorador que aplica el modelo, sino por el médico legista que realiza la necropsia medicolegal, cumpliendo los mismos criterios que se utilizaron en la investigación de suicidio en cuanto a predominio de rasgos somatoscópicos europoides, negroides o mongoloides³².

El grado de cooperación de las fuentes fue valorado sobre la base de la aceptación de las visitas, fluidez de la información, su calidad y precisión y la comunicación extraverbal.

Una vez efectuadas todas las exploraciones siguiendo los procedimientos antes expuestos, hicimos una valoración victimológica tratando de ubicar a las víctimas de homicidio en la clasificación de Avison para las víctimas de homicidio, la cual contempla los siguientes criterios:

1) *Pequeña participación*: Cuando no hay provocación, la víctima participa levemente, en ocasiones sólo *estaba ahí*. Se menciona como ejemplo el de los niños pequeños asesinados por maniáticos.

³² Jordán, J. R., *Desarrollo...*, cit.; Nesturj, M. F., *Las razas...*, citado.

2) *Participación moderada*: La víctima interviene directamente, en ocasiones el papel de la víctima o el del victimario son intercambiables, como en los homicidios en riña. Se menciona como ejemplo el de la violencia intrafamiliar.

3) *Mucha participación*: Cuando la víctima toma un papel activo, como ocurre en las subculturas violentas con patrones de *vendetta*. Aquí entra la llamada víctima provocadora (o provocativa), a la cual hacen referencia Mendelsohn, Fattah ³³, Gulotta, Neuman ³⁴ y Schafer, citado por Manzanera ³⁵.

4. RESULTADOS

Durante la realización de este trabajo pudimos apreciar sobre el terreno que la familia y los allegados (amigos, vecinos, compañeros de trabajo) de la víctima, lejos de ser refractarios a la entrevista, en su gran mayoría colaboraban de buen grado y muchos se sentían aliviados de poder verbalizar sus consideraciones en relación con el hecho y con el fallecido (*tabla 1*).

Si en nuestro estudio del suicida otorgamos especial importancia a la revisión previa del expediente medicolegal, en el cual aparecen todos los elementos técnicos necesarios para afirmar la etiología de la muerte en relación con tal carácter, en el presente subrayamos que es imprescindible además de revisar este expediente, hacer lo propio con el policial, así como acudir al lugar del hecho (o en caso de no haber sido posible, estudiar el vídeo del levantamiento del cadáver), ya que estas acciones nos aportan elementos sumamente valiosos para la

³³ Fattah, E., *Towards a Criminological Clasification of Victims*, International Criminal Police Review, USA, 1967, p. 209.

³⁴ Neuman, E., *Victimología*, citado.

³⁵ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

caracterización de la víctima, especialmente respecto de su estilo de vida.

En relación con ello, también resulta sumamente importante la comunicación estrecha con los instructores e investigadores policiales, a fin de poder acopiar información complementaria para el estudio de los posibles documentos empleados, tales como historias clínicas, cartas, diarios, notas, grabaciones, vídeos, etcétera.

En cuanto al tiempo transcurrido entre el deceso y la entrevista, debemos señalar que aquellas autopsias psicológicas realizadas antes de los 30 días se corresponden con los casos en los cuales la investigación policial necesitaba conocer el estado mental de la víctima para tipificar el delito o esclarecer circunstancias concurrentes, ya que para la investigación del suicida habíamos establecido como tiempo prudencial a dejar transcurrir, el de un mes de producido el deceso, con el objeto de dejar pasar la reacción de duelo.

Comprobamos que luego del segundo y tercer mes del hecho no se afecta la nitidez del recuerdo ni se pierden detalles de la información, siempre y cuando se entreviste a la persona adecuada, aunque desde el punto de vista preventivo y con el objeto de intervenir en una situación de crisis psicofamiliar, resulta oportuna una primera visita lo más próxima posible a la pérdida.

La confiabilidad de la información obtenida, teniendo en cuenta que seguimos rigurosamente el proceso de entrevistar a cada persona de forma independiente y privada (auxiliándonos inclusive, en casos necesarios, por lo reducido de vivienda, de vecinos con posibilidades de prestarnos un local o de instituciones cercanas, fundamentalmente médicas), está dada por los elevados porcentajes de concordancia entre las fuentes que a continuación se detallan.

TABLA 1
Grado de cooperación de las fuentes

	<i>Porcentajes</i>
Enteramente cooperadoras: 35	70
Medianamente cooperadoras: 15	30
No cooperadoras: 0	0

TABLA 2
Tiempo transcurrido entre el deceso y las entrevistas

	<i>Porcentajes</i>
Una semana:	2
Dos semanas:	5
Tres semanas:	3
Cuatro semanas:	9
Entre 1 y 2 meses:	21
Entre 2 y 3 meses:	10

TABLA 3
Grado de concordancia entre informantes en cuanto a

	<i>Porcentajes</i>
Estado conyugal	97
Escolaridad vencida	95
Ocupación	93
Religión	90
APP	95
APF	91
Antecedentes penales	85

	<i>Porcentajes</i>
<i>Hábitos tóxicos</i>	
Consumo de tabaco	100
Consumo de café	100
<i>Consumo de drogas</i>	
Legales:	93
Ilegales:	100
Consumo de bebidas	98
<i>Historia de consumo alcohólico</i>	
Tipo de bebida:	96
Frecuencia de consumo:	92
Cantidad consumida:	89
CAGE y CID:	93
<i>Examen psiquiátrico retrospectivo</i>	
<i>Esfera de Integración</i>	
Conciencia:	100
Atención:	98
Memoria:	98
Orientación:	100
<i>Esfera cognoscitiva</i>	
Sensopercepción:	100
<i>Pensamiento</i>	
Curso:	98
Contenido:	95
<i>Esfera de relación</i>	
Consigo mismo:	83
Con los demás:	95
Con las cosas:	98
Esfera afectiva:	94
<i>Esfera conativa</i>	
Trastornos volitivos:	95
<i>Necesidades y hábitos</i>	
Alimentación:	99
Sexo:	90
Sueño:	93

	<i>Porcentajes</i>
Higiene:	98
Actividad explícita:	93
Lenguaje:	98
<i>Áreas de conflictos socioeconómicos</i>	
Personales:	85
Familiares:	84
Vivienda:	98
Económicos:	94
Laborales:	93
Judiciales:	97
Antecedentes de hechos de violencia no encausados judicialmente:	84
Hábitos antisociales:	89
Características de su pareja:	81
Aspectos psicológicos del occiso:	87
Motivaciones predominantes:	81
Tratamientos recibidos:	94
<i>Señales emitidas hasta 2 años antes de la muerte</i>	
Señales verbales:	95
Señales extraverbales:	98
Pérdidas recientes:	99
Relación con el autor o autores de su muerte:	98
Posibles motivaciones:	81
Relaciones víctima-victimario:	85

Podemos afirmar que resulta confiable

Se realizó un total de 325 entrevistas con un promedio de duración de 3 horas cada una, lo cual hace un total de 975 horas dedicadas únicamente a entrevistar a personas relacionadas con los occisos, sin tener en cuenta el tiempo empleado en la revisión de documentos, el cual rondó las 4 horas para cada caso, acumulándose un total de 200 horas; agregándole el tiempo

de exploración en el lugar del hecho, que fue variable (no en todos los casos pudimos acudir al lugar), sobrepasarían las 1200 horas.

A continuación comentamos los resultados del estudio de las 50 víctimas que fueron analizadas a través de la autopsia psicológica usando la metodología propuesta. Se hacen análisis comparativos de las víctimas de autor conocido y autor desconocido, y en el caso de las que tenían autor conocido, donde el hecho estaba esclarecido, se realizan análisis comparativos de las víctimas y sus victimarios.

Consideramos que resultaría interesante el análisis comparativo de las víctimas de autor conocido y las de autor desconocido, partiendo de un interrogante como hipótesis: ¿existen diferencias sustanciales entre estas personas que pudieran influir o determinar que sean víctimas de hechos en los cuales con mayor o menor facilidad se puedan establecer las circunstancias y los autores del crimen, mientras en otras quizá nunca se puedan conocer?

En cuanto a la comparación entre víctimas y victimarios, fundamentamos su realización en la hipótesis (que no es ni mucho menos original nuestra; ya ilustres criminólogos, como Rodríguez Manzanera³⁶, la han planteado a la luz de la experiencia) de que las víctimas y sus victimarios comportan más semejanzas que diferencias.

Respecto de la edad, pudimos apreciar el franco predominio del grupo de edades comprendido entre los 26 y 35 años, tanto en las víctimas de autor conocido como en las de autor desconocido; esto difiere de lo encontrado por Amieiro³⁷ en 1988, pues este autor informa predominio del grupo de 16 a 29 años, aunque se trata de dos universos diferentes estudiados en la ciudad de La Habana, pues el citado investigador tomó un grupo de hechos al azar (no precisa con qué criterios de selección), y

³⁶ Rodríguez Manzanera, L., *El homicidio...*, citado.

³⁷ Amieiro Rodríguez, E., *Estudio...*, citado.

nosotros escogimos sólo los procesados por la sección de homicidios del DPOP (Departamento Provincial de Operaciones Policiales), por lo cual asumimos que al tratarse de casos más complejos es posible que las víctimas tengan características diferentes a las de los casos que, por ser esclarecidos inmediatamente, se instruyen en las unidades municipales de la PNR.

No obstante ello, en el Taller Sociedad, Salud y Violencia, del IML, se señaló el amplio grupo de 15 a 49 años (dentro del cual cae el grupo de 26 a 35 años) como el más afectado, por lo tanto, es posible que no existan diferencias en cuanto a la población total de víctimas de homicidio.

En lo que hace a la distribución por sexo, el comportamiento fue exactamente igual para ambos grupos de víctimas, y a su vez resulta coincidente con el clásicamente reportado³⁸: predominan los hombres.

En cuanto a la distribución por grupos raciales, es equitativa en los casos de autor conocido; sin embargo, en los de autor desconocido predomina francamente el grupo de origen europeo. En el estudio de Amieiro³⁹ predominaban las víctimas negras, aunque reiteramos que no son muestras comparables, y en nuestro caso específico, se trata de una característica del subgrupo de hechos no esclarecidos, el cual pudiera cumplir ciertas regularidades. Del total de víctimas el 56% son de predominio europeo.

En el estado conyugal predominaron las víctimas casadas en los hechos esclarecidos y las solteras en los no esclarecidos. El nivel de escolaridad de ambos subgrupos se corresponde con el de la población general (9° grado).

³⁸ Kellermann, A. L., y Mercy, J. A., *Men, women and murder, gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization*, J. Trauma, jul.-1992, 33(1), ps. 1-5. Scott, K. W., *Homicide patterns in the West Midlands*, Med. Sci. Law, jul.-1990, 30(3), ps. 234-8. Lis, G. M., y Craig, C. A., *Homicide in the workplace in Ontario, occupations at risk and limitations of existing data sources*, Can J Pub Health, jan.-feb.-1990, 81(1), ps. 10-5.

³⁹ Amieiro Rodríguez, E., *Estudio...*, citado.

En relación con la ocupación, en los casos esclarecidos predominaron los obreros seguidos de los jubilados y desvinculados, en los no esclarecidos predominaron estos dos últimos. Si vamos a analizarlo desde un ángulo victimológico, estos dos últimos grupos reúnen mayor cantidad de factores de riesgo victimal, en el caso de los jubilados porque están más aislados de las relaciones sociales y con frecuencia son seleccionados por sus victimarios pensando en una vía fácil de obtención de dinero o bienes materiales, al tratarse de personas con menores posibilidades de defensa ⁴⁰.

En el caso de los desvinculados laborales se trata de personas que, una vez fuera del sistema laboral, comienzan a establecer vínculos con individuos cuyos medios de vida son ilícitos, lo cual constituye un factor victimógeno ⁴¹.

Con referencia a las creencias religiosas, observamos que el 42,85% de las víctimas de hechos esclarecidos y el 33,33% de los no esclarecidos, tenían creencias religiosas, predominando ampliamente en ambos grupos las creencias de sante-ría (religiones yoruba); éste es un aspecto que no ha sido estudiado y que pudiera ser importante: ¿son las religiones sincréticas afrocubanas factores victimógenos?

En los antecedentes patológicos personales de las víctimas, no encontramos ninguno que fuera especialmente frecuente; en sentido general parecería que los occisos eran personas sanas.

Pero cuando llegamos al consumo de sustancias, nos empieza a preocupar la alta frecuencia de consumidores de tóxicos, especialmente de alcohol (80% de las víctimas de hechos esclarecidos y 60% de los no esclarecidos eran consumidores de bebidas alcohólicas): ¿eran alcohólicos?, ¿eran enfermos?; iremos por partes.

Al analizar las preferencias, se detectó que ambos gru-

⁴⁰ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

⁴¹ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

pos se inclinaban por la bebida fuerte, cosa que generalmente ocurre entre los bebedores problema, bebida de elevada graduación alcohólica, de suerte que el alcoholismo es directamente proporcional a ella ⁴².

Observamos el predominio de ingestión alcohólica semanal o diaria, con lo cual se cumple uno de los criterios de cantidad y frecuencia establecidos por Marconi ⁴³.

Igualmente aparece otro de los criterios de cantidad y frecuencia (el correspondiente a cantidad) de Marconi, para el diagnóstico de alcoholismo. y es el que establece el consumo habitual (por criterio de frecuencia) de más de un cuarto de litro de bebida fuerte, un litro de vino o dos de cerveza ⁴⁴. En nuestro estudio, el 51,42% de las víctimas de hechos esclarecidos y el 46,66% de las de no esclarecidos cumplían este requisito.

Al aplicar el CAGE y el CID (cuestionarios de alcoholismo científicamente validados que aparecen dentro del instrumento aplicado), el 91,42% de las víctimas de autor conocido consumidoras de bebidas alcohólicas cumplía con los requisitos de bebedores problema ⁴⁵, en tanto que en relación con las víctimas consumidoras de autor desconocido, ello ocurría sólo en el 33,33% de los casos.

A manera de comentario queremos señalar que los bebedores problema del grupo de hechos esclarecidos habían llegado a tener más complicaciones sociales, fundamentalmente microsociales (violencia hogareña, rechazo familiar, pérdida de amigos por causa de la bebida).

El alcoholismo es un factor criminógeno ⁴⁶ tan importante

⁴² González Menéndez, R., *La prevención del alcoholismo*, Rev. del HPH, vol. XXVI, n° 1, ene.-mar.-1985, p. 36.

⁴³ González Menéndez, R., *La gestión diagnóstica en la atención del alcohólico*, Rev. del HPH, vol. XVII, n° 4, oct.-dic.-1986, p. 518.

⁴⁴ González Menéndez, R., *La gestión...*, citado.

⁴⁵ González Menéndez, R., *La prevención...*, citado.

⁴⁶ López-Rey Arrojo, M., *Introducción al estudio de la criminología*, El Ateneo, Buenos Aires, 1945, p. 148.

que el profesor Tocaven individualiza el homicidio por alcoholismo dentro de los mecanismos por los cuales la clínica criminológica tipifica que se puede llegar a la victimización⁴⁷.

Rodríguez Manzanera⁴⁸ lo considera un factor determinante del homicidio en México, y Amieiro⁴⁹ destaca la presencia del alcohol en el 50% de los homicidios estudiados por él en 1988 en la ciudad de La Habana.

El eminente criminólogo español Jiménez de Asúa⁵⁰, en su *Crónica del crimen* destaca el poderío delictógeno del alcohol; por su parte, Calabuig⁵¹ afirma que el alcoholismo es uno de los principales elementos criminógenos, y que "el alcohol es amigo del crimen".

Verweck (citado por Simonin) plantea que "el alcohol es un agente de provocación del crimen, enriquece el fichero judicial, es netamente antisocial, el retroceso de la criminalidad depende esencialmente del retroceso del alcoholismo"⁵².

Von Heuting (citado por Manzanera) señala que el alcoholismo "está a la cabeza de los factores que crean víctimas", ya que "desde la familiaridad excesiva hasta el estado de coma, el bebedor es la víctima ideal"⁵³.

Más adelante, cuando tratemos la dinámica de los hechos estudiados, profundizaremos en la influencia del alcohol en nuestro medio.

En el examen psiquiátrico retrospectivo predominaron

⁴⁷ Tocaven, R., *Notas del curso internacional victimología y delito*, La Habana, oct.-1993.

⁴⁸ Rodríguez Manzanera, L., *El homicidio...*, citado.

⁴⁹ Amieiro Rodríguez, E., *Estudio...*, citado.

⁵⁰ Jiménez de Asúa, Luis, *Crónica del crimen*, Jesús Montero, La Habana, 1950, p. 119.

⁵¹ Gisbert Calabuig, J. A., *Medicina legal y toxicología*, Saber, 1977, p. 531.

⁵² Simonin, C., *Medicina legal judicial*, 3ª ed., JIMS, Barcelona, 1980, p. 109.

⁵³ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

en ambos subgrupos las dificultades en las relaciones interpersonales; quizás estas personas puedan incluirse entre las llamadas por Fattah "víctimas latentes o predispuestas", en las que los defectos del carácter les confieren cierta inclinación a ser víctimas⁵⁴.

Al hacer la valoración nosológica en ambos subgrupos predominó el abuso de alcohol sin dependencia, aunque su predominancia fue mucho más señalada entre las víctimas de autor conocido; ya habíamos comentado *ut supra* la relevancia de este diagnóstico desde el punto vista victimológico.

Las áreas de conflicto constituyen uno de los puntos de mayor diferenciación de los subgrupos estudiados; en los casos de autor conocido predominan los conflictos de vivienda y económicos; sin embargo, las víctimas de autor desconocido apenas tenían problemas económicos ni de vivienda, sino más bien conflictos personales y familiares; esto está en relación con los móviles y la criminodinámica, pues como veremos *infra*, en los hechos no esclarecidos abundaron motivaciones de lucro, y en muchos de ellos se tipificó el asesinato en ocasión de ocultar un robo, para lo cual por supuesto tenían que seleccionar una víctima con buenas posibilidades económicas.

Entre las víctimas de autor conocido encontramos 7 con antecedentes penales (20%) y 9 con antecedentes de haber estado involucradas en hechos de violencia no encausados judicialmente (3 como autoras y 6 como víctimas).

En relación con los hábitos antisociales, también encontramos elementos diferenciales entre los dos grupos: las víctimas de autor conocido tenían mayor cantidad de hábitos antisociales, predominando los vínculos delictivos y la ingestión habitual de alcohol con repercusión social; entre las víctimas de autor desconocido apenas si logramos identificar algunos hábitos antisociales; el más abundante (presente en 4 casos para un 26,66%), fue precisamente la participación en nego-

⁵⁴ Fattah, E., *Towards...*, citado.

cios ilícitos, lo cual se corresponde —como veremos en su momento— con los posibles móviles y con los factores que determinaron su selección por parte de los victimarios (el acceso al dinero).

El estado de la vivienda es un elemento que diferencia estos dos subgrupos: entre las víctimas de autor conocido predominan las viviendas en mal o regular estado, mientras que entre las de autor desconocido lo hacen las viviendas en buen o regular estado, lo cual también juega con los elementos que determinan la selección del criminal: buen nivel de vida.

Respecto de las características de personalidad también se observaron diferencias.

Las víctimas de autor conocido son descritas como valientes (por eso se arriesgan), caprichosas y tercas (se mantienen en situaciones victimógenas inclusive a sabiendas, y rechazan consejos que tratan de apartarlas del peligro), seguras y optimistas (lo cual les hace minimizar el riesgo aun conociéndolo), dominantes (eso las lleva a tratar de imponerse al victimario) e impulsivas (esta impulsividad precipita acciones que pueden ser peligrosas para su propia integridad). Son también sociables, activas, entusiastas y reservadas. Las características de estas personas las hacen más proclives a caer dentro de la categoría de víctimas provocativas o precipitadoras de Schafer⁵⁵.

Las víctimas de autor desconocido son personas caprichosas (esta característica las hace colocarse o permanecer en situaciones victimógenas, aun siendo advertidas; por ejemplo, anciana que vive sola en una zona victimógena y la familia trata de convencerla de mudarse o de acompañarla en horario de mayor riesgo victimal, pero ella lo rechaza), tercas y dominantes (por eso mantienen decisiones que conllevan riesgo victimal), reservadas (no comunican conflictos y es más difícil ayudarlas y protegerlas contra posibles peligros), inseguras y apartadizas (esto es un importante factor victimógeno, pues

⁵⁵ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

las coloca en la situación de *víctima aislada*⁵⁶, privándola de la natural protección de la comunidad).

Debemos señalar que en el total de casos estudiados tuvimos 10 homosexuales (20%), 4 víctimas de autor conocido y 6 de autor desconocido; estas personas también caen dentro de la categoría de víctimas latentes o predispuestas de Ezzat Fattah⁵⁷.

En los intereses predominantes entre las víctimas de autor conocido predomina la obtención de bienes materiales, y en las de autor desconocido los intereses homosexuales (lo cual llevó al menos a 4 de estas personas a darles facilidades de acceso a personas que al parecer perseguían móviles de lucro en sus relaciones y que posiblemente estuvieran vinculadas a la autoría aún no esclarecida del crimen).

Exploramos la existencia de señales presuicidas, ya que los clásicos han hablado de semejanzas entre la víctima de suicidio y la de homicidio, en cuanto a que la víctima provocadora desafía al victimario por su deseo inconsciente de morir y por su necesidad psicológica de castigo, determinada por un complejo de culpa⁵⁸. En nuestra muestra no se confirmó esa hipótesis; únicamente en 4 víctimas de homicidio se pudieron establecer algunas señales presuicidas, predominando en las víctimas de autor desconocido (3 casos), y aun así se trataba de señales de las de menor peso en la determinación de la tendencia suicida (irritabilidad, que puede interpretarse como rasgo heteroagresivo, comentarios pesimistas acerca del futuro e insomnio).

En cuanto al lugar de ocurrencia del hecho predominó en ambos grupos la casa de la víctima; en el caso de los hechos esclarecidos se puede plantear el factor de proximidad como

⁵⁶ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

⁵⁷ Fattah, E., *Towards...*, citado.

⁵⁸ Freud, S., *El delincuente por culpabilidad*, Obras Completas, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, p. 1001.

factor victimógeno⁵⁹, y en los no esclarecidos la selección de la víctima y el estudio del espacio victimal por el criminal⁶⁰. En segundo lugar aparece en los casos de autor conocido la vía pública, lo cual está en relación con provocación, impulsividad, terceras personas y subculturas violentas⁶¹.

Aunque en ambos subgrupos predomina la ocurrencia en el horario de la noche, es más relevante el predominio en los hechos no esclarecidos; es conocido el hecho de que existen *horas peligrosas*⁶², diríamos, que de mayor riesgo victimal. No obstante ello, es bueno señalar que en los hechos de autor conocido la tarde y la madrugada comparten el segundo lugar y, evidentemente, las horas de la mañana son las de menor riesgo.

En relación con el medio empleado, en ambos grupos predominaron las armas blancas, lo cual identifica una conducta primitiva y violenta, según la interpretación del profesor Tocaven⁶³; el segundo lugar en los hechos esclarecidos lo ocupa los golpes con objetos contundentes (método también muy primitivo), y en los no esclarecidos aparece la estrangulación a mano o a lazo, lo cual está en relación con víctimas con menor resistencia, las que por lo general son tomadas por sorpresa.

Confirmamos la presencia de alcohol en sangre en el 48,57% de las víctimas de autor conocido y en el 26,66% de las de autor desconocido; nuevamente recordamos la relevancia del alcohol como factor victimal. En la ciudad de Los Ángeles, entre 1970 y 1979 fue detectado el alcohol en la sangre en el 46% de las víctimas de homicidio⁶⁴; en la ciudad de La Habana,

⁵⁹ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

⁶⁰ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

⁶¹ López-Rey Arrojo, M., *Introducción...*, cit., p. 148.

⁶² Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

⁶³ Tocaven, R., *Notas...*, citado.

⁶⁴ Goodman, R. et al., *Alcohol use and interpersonal violence, alcohol detected in homicide victims*, Am Journal of Public. Health, feb.-1986, vol. 76(2):144.

en 1985, fue detectado en 1 de cada 4 homicidios ⁶⁵; en Town Cape, South Africa, se encontraron elevadas concentraciones de alcohol en la sangre del 56% de las mujeres muertas por homicidio durante 1990-1991 ⁶⁶.

En cuanto a las posibles motivaciones del hecho observamos diferencias importantes entre los subgrupos; en los hechos esclarecidos predominan los móviles pasionales, seguidos de los materiales. En los casos de autor desconocido abunda como motivación el ocultamiento de otro delito, fundamentalmente robo (en estos casos cabe hacer la aclaración de que para hablar con propiedad, debemos especificar que son los *móviles presuntos, aparentes*; quizá cuando el autor sea descubierto, durante el esclarecimiento, nuestra impresión pueda ser modificada).

Ahora vamos a centrar nuestro análisis en las relaciones víctima-victimario en los hechos esclarecidos, de autor conocido.

En los grupos de edades, tanto entre las víctimas como entre los autores, predomina el grupo de 26 a 35 años; sin embargo, el segundo lugar difiere y se sitúa en los extremos: los de más edad como víctimas (mayores de 65 años), y los más jóvenes como victimarios (menores de 25 años).

En cuanto al sexo, es mayor el porcentaje de hombres, ya sea como víctimas o victimarios; está descrito que los hombres tienen mayor potencialidad victimal y criminal ⁶⁷.

En relación con el grupo racial, el comportamiento es exactamente igual para víctimas y autores: muy discreto predomi-

⁶⁵ Miranda Rabasa, P. R., *Las muertes violentas y el alcoholismo agudo*, TE. IML, La Habana, 1985.

⁶⁶ Lerer, L. B., *Women, homicide and alcohol in Cape Town, South Africa*, Forensic Sci. Int., jul.-1992, 55(1):93-9.

⁶⁷ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96. Rodríguez Manzanera, L., *El homicidio...*, cit.; Rodríguez Manzanera, L. *Criminología...*, citado.

nio del grupo racial de abundamiento negroide; otros autores han encontrado en nuestro medio una sobre representación significativa del grupo negroide, tanto en las víctimas como en los victimarios⁶⁸, aunque reiteramos que el hecho de que nuestro universo lo constituyan sólo los casos procesados por el Departamento Provincial de Operaciones Policiales, puede determinar características diferentes por la selección realizada.

La mayor parte de los autores son solteros, en tanto que la mayoría de las víctimas son casadas. El comportamiento de la escolaridad, tanto para víctimas como para autores, no difiere del de la población general, el cual oscila entre 9° y 12 grado.

En las categorías ocupacionales sí encontramos diferencias importantes: entre las víctimas los obreros ocupan el primer lugar, seguidos por los jubilados y los desvinculados. Entre los autores, predominan ampliamente los desvinculados; este comportamiento sigue regularidades criminológicas clásicas: disponibilidad de tiempo libre, largos períodos de ocio⁶⁹, y nosotros añadiríamos la mayor oportunidad de vincularse a actividades y compañías antisociales.

En lo que atañe al comportamiento religioso, el 34,28% de las víctimas y el 21,95% de los autores eran creyentes de las religiones yoruba (de origen africano); no se pudo establecer relación directa entre la religión y el hecho criminal.

Es interesante señalar que entre los antecedentes patológicos personales predominó tanto en víctimas como en victimarios el traumatismo craneal con pérdida de conciencia, lo cual podría estar en relación con una mayor tendencia a la violencia, determinada por un *sustratum* orgánico⁷⁰, posiblemente

⁶⁸ Amieiro Rodríguez, E., *Estudio...*, citado.

⁶⁹ Rodríguez Manzanera, L., *Criminología...*, citado.

⁷⁰ Kolata, G. B., *Behavioral ...*, cit.; Jacobson, B. et al., *Perinatal...*, cit.; Volavka, J. et al., *Psychobiology of the violent offender*, J Forensic Sc., jan.-1992, 37(1):237.

disrítmico, lo cual, además, es relativamente frecuente en la práctica psiquiátrico-forense al explorar autores de hechos violentos, especialmente hechos de sangre.

Aunque en general no existen antecedentes patológicos familiares relevantes, predominan en ambos grupos los trastornos psiquiátricos de los padres, especialmente de la madre en el caso de los autores, lo cual podría relacionarse con falta de atención y de control en la infancia, lo cual favorece la influencia de factores criminógenos de tipo social ⁷¹.

Si a esto le sumamos que cerca del 25% de los autores fueron abandonados de pequeños por sus padres (incluyendo los casos en que los padres abandonaron el país), se refuerza el planteamiento de la desintegración familiar como factor criminógeno.

Aunque en menor proporción entre las víctimas, también encontramos el abandono y desintegración familiar como factor a tomar en cuenta en su formación (o deformación) durante la infancia, de suerte que los hace más vulnerables a todo tipo de acciones antisociales y se erige como un importante factor victimógeno ⁷².

Es más frecuente el padre desconocido —recluso o ex-recluso— entre los autores, así como también la existencia de hermanos con antecedentes penales; todo esto coadyuva a reforzar en estas personas, desde su temprana infancia, un marco de referencia criminógeno por excelencia ⁷³; la ausencia de patrones saludables de conducta a imitar y los defectos de socialización ⁷⁴, son aspectos relevantes en la explicación de la con-

⁷¹ Delgado Álvarez, M., *Los niños de y en la calle de la ciudad de México DF*, Eguzquillore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, n° 8, San Sebastián, 1994, p. 24.

⁷² Delgado Álvarez, M., *Los niños...*, citado

⁷³ López-Rey Arrojo, M., *Introducción...*, citado.

⁷⁴ Goreta, M., *Psychodynamics aspects of criminal behavior*, Acta Med. Jugosl., 1991, 45(1):87-105.

ducta criminal, pudiendo llegar a determinar “esa insensibilidad moral, esa indiferencia por la vida de los hombres, esa espantosa y fría crueldad en el crimen” de que hablaba el padre de la criminología, César Lombroso ⁷⁵.

Encontramos grandes similitudes entre las víctimas y sus victimarios en cuanto a hábitos tóxicos se refiere; el alcohol lidera ambos grupos, con iguales preferencias por la bebida fuerte, con similar frecuencia de consumo (con algún predominio del consumo diario por parte de los autores); sólo en la cantidad consumida merece la pena señalar que, aunque abundan en ambos grupos los consumidores excesivos (más de 12 botellas de cerveza o medio litro de bebida fuerte), el segundo lugar es ocupado en los autores por los consumidores moderados (entre 7 y 12 botellas de cerveza, o entre un cuarto y medio litro de bebida fuerte) y en las víctimas por los pequeños consumidores (menos de 6 botellas de cerveza o de un cuarto de litro de bebida fuerte).

No obstante ello, al aplicar los criterios de pesquizaje de alcoholismo del CAGE, encontramos una distribución porcentual casi idéntica de bebedores problema (60% de las víctimas y 60,97% de los autores). Aquí no podemos dejar de recordar a nuestro estimado y eminente profesor Rodríguez Manzanera ⁷⁶, cuando decía, hablando del homicidio en México, que “la víctima tiene con el agresor más semejanzas que diferencias” y que “el alcoholismo parece ser un factor determinante”.

En el examen psiquiátrico, predominaron en ambos grupos las dificultades en las relaciones interpersonales; la ansiedad y el insomnio que aparecen en los autores guardan relación con la situación en la cual fueron examinados por nosotros (inmediatamente después de su detención); la ausencia de ansiedad que aparece en más del 20% la vinculamos con sus estructuras psicopáticas de personalidad, con su incapacidad

⁷⁵ Hesnard, E., *Psicología...*, cit., p. 119.

⁷⁶ Rodríguez Manzanera, L., *El homicidio...*, citado.

de empatizar, de sensibilizarse, de colocarse en el lugar de otros y de mover culpa ⁷⁷.

En la valoración nosológica resaltan las semejanzas entre víctimas y autores; en ambos grupos predominó ampliamente el abuso de alcohol sin dependencia, difiriendo con las entidades que ocupan el segundo lugar; en el caso de las víctimas lo ocupa el abuso de drogas sin dependencia (fundamentalmente drogas de expendio legal, especialmente psicofármacos), y entre los victimarios regentea el sitio el trastorno de la personalidad (de ellos, el 57,89% eran personalidades antisociales).

Los resultados obtenidos en cuanto a la ubicación nosológica de los victimarios coinciden con los de Yarvis ⁷⁸, y sitúan el abuso de sustancias tóxicas y el trastorno de la personalidad (fundamentalmente de tipo antisocial, dentro de los factores considerados por el maestro Di Tullio —citado por Manzanera) como predisponentes de criminalidad ⁷⁹.

Las áreas de conflicto son similares para víctimas y victimarios: la vivienda, la economía y la familia (en ese orden) para las primeras, y la economía, la vivienda y la familia para los segundos. Es interesante señalar que el cuarto lugar lo ocupan conflictos bien diferentes; para las víctimas, judiciales; para los victimarios, personales; cualquiera pensaría que nos hemos equivocado, que es al revés; pues no, es así; las víctimas tenían más conflictos con la justicia. Aquí recordamos un artículo de Ezzat Fattah que se titula *Es la víctima intachable?* ⁸⁰, y también hacemos referencia a los resultados de Amieiro ⁸¹, donde este autor descarta la presunción tácita de inocencia de la víc-

⁷⁷ Nestor, P. G., *Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population*, J Nerv Ment Dis, jul.-1992, 180(7):418.

⁷⁸ Nestor, P. G., *Neuropsychological...*, citado.

⁷⁹ Neuman, E., *Victimología*, citado.

⁸⁰ Fattah, E. A., *Is the victim blameless?*, Med. Sci. Law, jan.-1990, 30 (1): 34-8.

⁸¹ Amieiro Rodríguez, E., *Estudio...*, citado.

tima y expone el porcentaje importante de ellas que tenían antecedentes delictivos.

Al analizar los antecedentes penales, resulta necesario hacer una aclaración, pues teníamos más victimarios con antecedentes penales que víctimas, pero es que resulta que en el párrafo anterior se habla en términos de *conflicto*; se trata de aquello que le ocasiona sentimientos de disconformidad, malestar o culpa a la persona, y en el caso que nos ocupa sólo dos de los autores experimentaban niveles visibles de conflicto en relación con situaciones judiciales pendientes; sin embargo, en las víctimas parece que la aceptación de su participación en hechos delictivos era menor; además, es imprescindible aclarar que 6 de ellas ocupaban el rol de víctimas en estos conflictos y su mayor preocupación era volver a ser victimizados, como en definitiva lo fueron; se trata del fenómeno de *reincidencia victimal* ⁸².

Las 6 personas a las que hicimos referencia *ut supra*, habían sido precisamente víctimas de hechos de violencia aún no encausados judicialmente, es decir que sólo 4 de las participantes como autoras vivenciaron su experiencia como un conflicto.

Es bueno señalar que 5 de estas 6 *víctimas reincidentes* pertenecen a las llamadas *subculturas violentas* ⁸³, *subculturas criminales*, y como dijera el destacado criminólogo Mariano Ruiz-Funes ⁸⁴: “los ambientes de mala vida son medios criminógenos”, o como dijera Fernando Ortiz ⁸⁵: “mala vida de crimen y valentonería, siempre provistos de arma blanca y proclives al desafío”.

Cuando detallamos los antecedentes penales, pudimos apreciar el predominio, tanto en víctimas como en victimarios,

⁸² Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

⁸³ Ruiz-Funes, M., *Estudios criminológicos*, Jesús Montero, Bibliot. Juríd. de Autores Cub. y Extranj., vol. CLV, 1952, p. 38.

⁸⁴ Ruiz-Funes, M., *Estudios...*, cit., p. 38.

⁸⁵ Ortiz, F., *Los negros curros*, Ciencias Sociales, La Habana, 1976.

de tipificaciones delictivas vinculadas a la violencia: robo con violencia, robo con fuerza y lesiones.

Para la caracterización psicológica tomamos aquellos perfiles presentes en al menos la tercera parte del grupo estudiado, quedando estructurada de la siguiente manera:

<i>Víctimas</i>	<i>Victimarios</i>
Valientes	Dominantes*
Tercos *	Impulsivos*
Caprichosos *	Activos *
Optimistas *	Caprichosos *
Seguros	Optimistas*
Dominantes *	Tercos *
Impulsivos *	Fríos
Sociables	
Activos*	
Entusiastas	
Reservados	
Celosos	
Independientes	
Posesivos	
Agresivos	

Es interesante señalar que, con excepción de la frialdad, todas las características de personalidad presentes en los autores también están presentes en las víctimas, lo cual, al menos desde el punto de vista psicológico, hace pensar que su ubicación como víctima o victimario puede ser intercambiable, y de hecho cuando estudiemos la psicodinámica veremos que en muchos casos lo es; esto reafirma que las víctimas y sus victimarios tienen más semejanzas que diferencias.

En los hechos esclarecidos las relaciones víctima-victimario eran:

Afines armónicas:	11
Afines conflictivas:	14
Aversivas:	5
Ninguna:	5

Aquí se evidencia lo planteado por tantos autores ⁸⁶: en la mayor parte de los homicidios las relaciones víctima-victimario son muy cercanas, inclusive íntimas; en nuestro estudio, en el 71,42% de los casos, víctima y autor tenían relaciones afines, predominando los cónyuges, amigos y *conocidos* ⁸⁷. La relación marital es especialmente señalada en el caso del homicidio ⁸⁸.

El victimario sentía por la víctima:

Rencor:	9
Hostilidad:	8
Sentimientos ambiguos:	6
Odio:	3
Desprecio:	3
Amor:	2
Miedo:	2
Nada:	4

⁸⁶ Frankel, E., *One Thousand Murderer*, J Crim Law, Criminol, and Police Sci., 129(1938-1939), 1939, p. 687. Wolfgang, M. E. A., *Preface in Criminal Homicide*, Univ. of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1958. Hammett, M. et al., *Homicide surveillance. United States, 1979-1988*, MMWR-CDC-Surveill-Summ, may.-1992, 41(3):1-33. Scott, K. W., *Homicide...*, cit., p. 234.

⁸⁷ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit.; Clinard, M. B., y Quinney, R., *Criminal Behavior Systems. A Tipology*, Hot. Rinehart and Winston Inc., New York, USA, 1967. Lo, M.; Vulectic, J. C., y Kmelmeyer, T. D., *Homicides in Auckland, New Zealand. A 14 years study*. Am J Forensic. Med. Pathol., mar.-1992, 13 (1):44-49. Kellermann, A. L, y Mercy, J. A., *Men...*, cit., p. 1.

⁸⁸ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

Aquí aparecen los sentimientos del autor hacia la víctima, predominando el rencor, la hostilidad y los sentimientos ambiguos, lo cual está en relación con la mayor frecuencia de móviles criminógenos pasionales; ya hace más de 4 décadas lo dijo Jiménez de Asúa⁸⁹: la figura delictiva en que las emociones ejercen mayor influjo es el homicidio, concediéndole un especial poderío delictivo a las pasiones, pudiendo actuar éstas como potentes factores crimino-impelentes.

En el momento de los hechos la víctima:

	<i>Porcentajes</i>
Agredió verbalmente al victimario: 10	24,39
Agredió físicamente al victimario: 7	17,07
Se mantuvo pasiva: 2	4,87
Estaba dormida: 2	4,87
Estaba bajo los efectos del alcohol: 3	7,31

Aquí podemos ver que en el momento de los hechos, el 48,57% de las víctimas provocaron física o verbalmente (predominando esta última) a sus victimarios. Aunque no descartamos el planteamiento de Hilda Marchiori, en cuanto a la distorsión de la percepción que de las actitudes de la víctima tiene el delincuente, percibiéndola como peligrosa para su integridad⁹⁰, consideramos que al cumplir con los principios metodológicos de nuestra investigación, hemos disminuido al mínimo la posibilidad de sesgo, ya que no sólo tomamos el dicho del autor, sino también —y fundamentalmente— los resultados de la necropsia y de la investigación policial, los cuales aportan elementos de seriedad a la hora de demostrar la existencia de provocación en la dinámica del hecho.

⁸⁹ Jiménez de Asúa, Luis, *Crónica...*, citado.

⁹⁰ Marchiori, H., *Psicología criminal*, Porrúa, México, 1980, p. 15.

El autor considera que la culpa fue:

	<i>Porcentajes</i>
Suya: 4	9,75
De la víctima: 16	39,02
De los amigos: 2	4,87
De las circunstancias: 6	14,63
De la bebida: 10	24,39

Aquí aparecen las consideraciones que acerca de la culpabilidad en la dinámica del crimen, hacen los autores; de hecho, el 39,02% culpa a la víctima y el 28,57% a la bebida; estos últimos argumentaban que de no ser por la bebida no se habrían dejado provocar y se habrían sabido controlar.

Y es que la provocación es el elemento clave en la psicodinámica del crimen; se ha dicho en relación con el homicidio, que el estudio de la victimología se reduce al estudio de la provocación, y que por ese camino entra la victimología en los ordenamientos jurídicos ⁹¹. Abrahamsen (citado por Manzanera), plantea que "sólo en muy raras ocasiones la mente humana se encuentra obsesa por el impulso total a matar. Por el contrario, según mi experiencia, el homicidio es provocado inconscientemente por la víctima" ⁹².

Debemos señalar que 15 de los 35 hechos esclarecidos ocurrieron en medios que cumplen los requisitos descritos por Wolfgang y Ferracuti ⁹³ para las subculturas violentas, lo cual representa el 42,85%; en estos 15 casos los roles de víctima y victimario fueron totalmente fortuitos e intercambiables; consideramos que la criminodinámica estuvo determinada por la

⁹¹ Aniyar de Castro, L., *Victimología*, Universidad de Zulia, Venezuela, 1969, p. 78.

⁹² Rodríguez Manzanera, L., *Criminología...*, citado.

⁹³ Wolfgang, M., y Ferracuti, F., *La subcultura de la violencia*, 1967.

fuerza de los factores crimino-impelentes (machismo, *guape-ría*, *vendetta*) y la escasez de los crimino-repelentes, puesto que nadie ve con malos ojos la violencia, nadie la frena; al contrario, la aplauden e inclusive la disfrutan, creando una situación especialmente criminógena.

En estos casos la participación del alcohol como desinhibidor fue relevante; en especial, 4 de ellos (para un 26,66%) no hubiesen ocurrido de no estar presente el tóxico en ambos participantes —víctima y victimario—; es de señalar que en esos 4 casos participaron terceras personas que alentaron el enfrentamiento.

Esta circunstancia de que el autor y la víctima hayan estado bebiendo en las inmediaciones del crimen es harto frecuente⁹⁴, y muchas veces es el único factor que determina la criminodinámica, al actuar el tóxico sobre el sistema serotoninérgico, disminuyendo el control de impulsos y agravando la hipoglucemia, determinando el paso al acto de violencia por descenso del umbral de reacción ante situaciones provocantes, ocasionando conductas agresivas⁹⁵.

Si además, culturalmente, los patrones de provocación pueden ser en ocasiones simples gestos o miradas interpretados como desencadenantes⁹⁶, tendremos la explicación de la

⁹⁴ Moore, R., *Legal responsibility and chronic alcoholism*, The Am. Journal of Psychiatry, jan. 1966, 122(1):748. Alonso Fernández, *Bases psicosociales del alcoholismo*, Trabajo de inscripción en la Real Academia Nac. de Med., Garcí, Londres 17, Madrid 28, 1979, p. 199. Roslund, B., and Larson, C. A., *Crimes of violence and alcohol abuse in Sweden*, Int. J. Addict., vol. 14, 1979, p. 1103. Lester, D., *Alcohol consumption and rates of personal violence in Australia*, Drug-Alcohol-Depend, oct.-1992, 31(1):15.

⁹⁵ Serfaty, E. M., *Violencia y serotonina*, Psiquiatría Biológica. Aportes Argentinos, 1994, t. 1, p. 60. Mata, E., *Serotonina, autoritarismo y violencia*. Psiquiatría Biológica. Aportes Argentinos, 1994, t. 1, p. 70. Greenberg, M. et al., *Temporal clustering of homicide among urban 15-to year-old white and black Americans*, Ethn-Dis., 1991, 1(4):342-50.

⁹⁶ Rodríguez Manzanera, L., *Criminología...*, cit., p. 465.

extraordinaria frecuencia de reacciones brutales ante desencadenantes mínimos, donde el factor dinámico preparante ha sido el alcohol ⁹⁷.

En cuanto a la categorización de las víctimas estudiadas (siguiendo —como decíamos— en la metodología los criterios de Avison) tenemos que:

Las 35 víctimas de autores conocidos se repartieron en:

	<i>Porcentajes</i>
Pequeña participación: 6	17,14
Participación moderada: 14	40
Mucha participación: 15	42,85

Respecto de las 15 víctimas de autor desconocido, aunque el análisis será incompleto al faltarnos el victimario, queremos comentar que al menos 9 de ellas (para un 60%) parecen haber tenido mucha participación —o bien moderada— en su propia victimización; 6 de estas 9 eran homosexuales, que acumulaban una gran cantidad de factores victimógenos, además de sus preferencias sexuales, tales como ingestión habitual de alcohol o drogas, promiscuidad y lugar de residencia ubicado en zonas victimógenas.

En la forma en que estos individuos fueron ultimados (predominando las maniobras combinadas de estrangulación y sofocación), se evidencia una estrecha relación con el desconocido autor, pues además, en ninguno de los casos había indicios de que las entradas al lugar del crimen hubiesen sido violentadas; la víctima le dio acceso a su victimario sin intermediar violencia, lo cual indica que se conocían.

En 3 de los casos que quedaron sin esclarecer se cumplían los criterios que establece von Heuting para la víctima

⁹⁷ Rodríguez Manzanera, L., *Criminología...*, cit., p. 465.

aislada ⁹⁸; se trataba de ancianas que vivían solas, en zonas victimógenas, y se suponía que tenían acceso a la moneda libremente convertible (dólar americano), por tener toda su familia en el exterior, lo cual determinó su victimización; en estos casos sí se encontraron señales de violencia en las vías de acceso al lugar, y las víctimas fueron sorprendidas sin poder establecer ninguna defensa; no había señales de lucha.

En dos casos no esclarecidos pudimos determinar la presencia de trastornos psiquiátricos mayores (esquizofrenia paranoide), y en uno de ellos se manejó la hipótesis (aún no demostrada) de que hubiese sido confundido con otro por el autor, dadas las características del lugar del hecho (oscuridad, movimiento continuo de personas, cercanía de un centro de expendio de bebidas alcohólicas).

Finalmente, cabe señalar que predominaron los fines de semana como días de ejecución de los crímenes estudiados, lo cual coincide con la literatura revisada ⁹⁹; el fin de semana es victimógeno ¹⁰⁰.

5. CONCLUSIONES

- El método de autopsia psicológica es aplicable al estudio de la víctima de homicidio.
- La información obtenida es confiable.
- El instrumento propuesto es viable.
- Predominaron las víctimas del grupo de edades comprendido entre los 26 y 35 años, del sexo masculino, europeoide (sobre todo las de autor desconocido), con nivel medio de instrucción, jubilados o desvinculados laborales, con creencias reli-

⁹⁸ Wolk-Wasserman, D., *Suicidal...*, citado.

⁹⁹ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

¹⁰⁰ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit., ps. 56-96.

gias sincréticas, consumidores de alcohol o drogas, con dificultades en las relaciones interpersonales. El estado conyugal predominante en víctimas de autor conocido fue el de casadas, y en las de autor desconocido el de solteras.

- Nosológicamente predominó en las víctimas el abuso de alcohol sin dependencia.

- Como áreas de conflicto predominaron la vivienda, la economía y la familia.

- Las víctimas de autor conocido tienen con más frecuencia antecedentes penales, hábitos antisociales y conflictos judiciales.

- Caracterológicamente las víctimas de autor desconocido son menos sociables, menos seguras, menos optimistas y más reservadas. Como semejanza con las de autor conocido suelen ser tercas, caprichosas y dominantes.

- El 20% de todas las víctimas eran homosexuales, porcentaje dentro del cual la mayor parte integró el grupo de autor desconocido.

- Predominó la casa de la víctima como lugar de ocurrencia del hecho, el horario de la noche y el empleo de armas blancas.

- El 60% del total de víctimas había ingerido alcohol previamente a su muerte (el 48,57% de las víctimas de autor conocido y el 26,66% de las de autor desconocido).

- En los hechos esclarecidos predominó el móvil pasional y en los no esclarecidos el ocultar otro delito (fundamentalmente robo).

- Existen similitudes entre víctimas y victimarios en los hechos esclarecidos en cuanto a: procedencia de medios familiares disfuncionales, hábitos tóxicos, patrones de consumo alcohólico, áreas de conflicto, caracterización psicológica y ubicación nosológica (mayor frecuencia para ambos del abuso de alcohol sin dependencia).

- Las relaciones víctima-victimario eran afines en el 71,42%, predominando los cónyuges, amigos y conocidos.

- En el momento de los hechos el 48,57% de las víctimas provocó física o verbalmente a los victimarios.
- En los hechos esclarecidos el 40% de las víctimas tuvo una participación moderada y el 42,85% lo hizo con una participación muy activa.
- La procedencia de subculturas violentas jugó un papel importante en el 42,85% de los hechos esclarecidos vinculados a influencia alcohólica.
- En 4 casos la criminodinámica estuvo determinada absolutamente por la ingestión de alcohol de víctima y victimario.
- El instrumento exploratorio del homicida propuesto (GEH) es aplicable para obtener la información complementaria, sobre cuya base se puede reconstruir la criminodinámica del hecho.
- Es imprescindible el vínculo con el instructor e investigador policial para hacer la reconstrucción criminodinámica del homicidio.

CAPÍTULO IV

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA EN LA ACCIDENTOLOGÍA

1. *APLICACIÓN DEL MÉTODO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA AL ESTUDIO DE LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO*

En la distribución porcentual de las muertes violentas en la ciudad de La Habana, el primer lugar lo ocupan los accidentes, con el 66,1%, constituyendo la cuarta causa de mortalidad general y la primera de mortalidad prematura, dejándose de vivir 14.935,5 años, para una tasa de años de vida perdidos de $6,8 \times 100.000$ habitantes¹. Según pérdidas biosociales, ocupa el segundo lugar, al fallecer 8 de cada 100.000 personas de 20 a 59 años, sólo precedida por los tumores malignos².

Teniendo en cuenta que el 50% de las muertes accidentales en nuestro país son provocadas por accidentes de tránsito³, y que además éstos constituyen el tipo de accidente pre-

¹ Departamento Provincial de Higiene y Epidemiología de la ciudad de La Habana. Informe Estadístico Anual de Mortalidad, 1995.

² Departamento Provincial de Higiene y Epidemiología..., citado.

³ Departamento Provincial de Higiene y Epidemiología..., citado.

dominante en nuestro continente⁴, la preocupación por el tema se focaliza en esta modalidad.

Los accidentes de tránsito pueden ser atribuibles al vehículo, a la vía y al factor humano⁵, en virtud del predominio causal. Dentro del factor humano la OMS incluye el aspecto mental (fatiga, sueño, cansancio), los fenómenos relacionados con la visión y la audición, la embriaguez alcohólica y la intoxicación por drogas⁶.

En la medida que seamos capaces de conocer en profundidad a las víctimas de accidentes, podremos lograr la identificación de los factores asociados a la accidentalidad y las poblaciones de mayor riesgo, lo cual redundará en la posibilidad de hacer una verdadera labor de prevención en la comunidad.

2. METODOLOGÍA

Nuestro universo de trabajo estuvo constituido por 50 personas fallecidas en accidentes de tránsito en la ciudad de La Habana durante el primer semestre del año 1996; tomamos aquellas víctimas residentes (de acuerdo con sus datos de identidad) en los municipios Centro Habana, Habana Vieja, Cerro, Plaza y Habana del Este.

De la muestra se excluyeron los pasajeros, para poder realizar una aproximación más objetiva de la participación del factor humano en el grupo de accidentes estudiado, pues en la dinámica de estos fenómenos la categoría de pasajero juega por lo general un rol pasivo, todo lo contrario de la de conductor y peatón.

⁴ Yunes, J., *Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas*, Bol. Of. Sanit. Panam., 1993, 114(4):315.

⁵ Gálvez Cabrera, E., y González Pérez, J., *Accidentes del tránsito*, Ponencia presentada en el Taller Sociedad, Salud y Violencia del Instituto de Medicina Legal, dic.-1994.

⁶ Gálvez Cabrera, E., y González Pérez, J., *Accidentes...*, citado.

El método utilizado fue la autopsia psicológica, es decir, la caracterización retrospectiva de una persona ya fallecida, a través del MAPI (modelo de autopsia psicológica integrado), instrumento que sólo incluyó (en relación con el empleado para las víctimas de homicidio) un ítem adicional relacionado con la historia anterior de accidentes, tanto de tránsito como laborales o domésticos⁷. En cada caso se revisó el expediente policial y medicolegal; las entrevistas a los familiares y allegados de las víctimas se realizaron entre los 30 y 90 días posteriores al deceso, para evitar que la reacción de duelo pudiera interferir con la objetividad de la información, toda vez que en dos investigaciones anteriores demostramos que hasta el tercer mes, e inclusive hasta el sexto, no se pierde la nitidez ni los detalles del recuerdo, siempre que se seleccionen las fuentes adecuadas.

3. RESULTADOS

Encontramos un franco predominio de jóvenes entre las víctimas fatales de accidentes de tránsito estudiadas, lo cual es interpretado en relación con la inexperiencia y la falta de educación vial, fundamentalmente en los accidentes con participación de ciclos⁸.

⁷ Ferrer Marrero, D. et al., *Glosario de términos del Taller Sociedad, Salud y Violencia*, IML, 1995. Vargas, E., *Medicina forense y deontología*.

⁸ Kimmel, S. R., y Nagel, R. W., *Bicycle safety knowledge and behavior in school age children*, J Fam. Pract., jun.-1990, 30(6):677- 80. Speltz, M. L.; González, N.; Sulzbacher, S., y Quan, L., *Assessment of injury risk in young and children, a preliminary study of the injury behavior checklist*. J Pediatr. Psychol., jun.-1990, 15(3):373-83.

Trankle, U.; Gelau, C., y Metker, T., *Risk perception and age- specific accidents of young drivers*. Acciden-Anal-Prev., apr.-1990, 22(2):119-25. Gully, S.M.; Whitney, D. J., y Vanosdall, F. F., *Prediction of police officers traffic accident involvement using behavioral observations*. Accid. Anal. Prev., jun.-1995, 27(3):355-62.

No obstante resulta importante la participación de la tercera edad en la accidentalidad, la cual se ha relacionado clásicamente con la disminución de las habilidades en la conducción y las dificultades sensorio-perceptuales por limitaciones visuales y auditivas⁹; en nuestro medio predominaron las personas de este grupo de edad que resultaron atropelladas en condición de peatones (el 83,3 %).

La distribución por sexo sigue el comportamiento universal de las muertes violentas en general y de los accidentes en particular: son más frecuentes en los hombres¹⁰.

En las categorías ocupacionales predominaron los técnicos y trabajadores de servicios; quizá pudiera interpretarse por tener una vida laboral más activa y estresante en cuanto a prisa por los horarios de llegada, responsabilidades, etc.; la literatura revisada no reporta referencias en cuanto a que estas categorías tengan especial proclividad al accidente, como sí los jubilados y estudiantes, en correspondencia con el factor edad.

La escolaridad predominante está en correspondencia con la escolaridad promedio de nuestra población general (enseñanza media y media superior), y en todo caso descarta que sea la falta de capacidad intelectual para comprender las señalizaciones y avizorar el peligro en la vía los factores asociados a la accidentalidad en la población estudiada.

⁹ Ruhle, R., y Wolff, H., *Psychological aspects of traffic fitness of aging car drivers*, Z Gesamte Hyg, jul.-1990, 36(7):346-50. Seib, H., *Knowledge to accident causation research in relation to age-induced decrease in the performance of elderly motorists, their accident risk and legal consequences*, Z Gerontol., mar.-apr.-1990, 23(2):86-96.

¹⁰ Wyss, D. et al., *Characteristics of 167 consecutive traffic accident victims with special reference to alcohol intoxication: a prospective study*, Soz-Praventmed, 1990; 35(3), p. 108-16. Kim, K.; Nitz, L.; Richardson, J., y Li, L., *Personal and behavioral predictors of automobile crash and injury severity*, Accid. Anal. Prev., aug.-1995, 27(4):469-81. Reinfurt, D. W. et al., *Evaluating the North Carolina safety belt wearing law*, Accid. Anal. Prev., jun.-1990, 22(3):197-210.

Consideramos interesante señalar que, si sumamos los antecedentes de nacimiento por parto distócico, traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia, meningoencefalitis y epilepsia, resulta que el 22% de las víctimas estudiadas tenían un posible *sustratum* orgánico. El posible origen perinatal de mecanismos hipóxicos que dañan el encéfalo predisponiendo en la vida adulta a la violencia ha sido cuidadosamente estudiado ¹¹.

La preexistencia de trastornos psiquiátricos fundamentalmente menores que se observan en la muestra se corresponde con los reportes de varios autores revisados que señalan la proclividad de las personas nerviosas, especialmente las neuróticas, a sufrir accidentes de todo tipo, en especial de tránsito ¹², constituyendo uno de los antecedentes de mayor valor estadísticamente demostrado que apoyan la afirmación de que es el factor humano el preponderante en la etiología del accidente de tránsito.

No resulta ocioso comentar que más del 80% de estas personas neuróticas fallecidas en accidentes de tránsito pertenecían a la categoría de conductores; por lo tanto, alguien autorizó su licencia de conductor. Lo mismo ocurre con aquellos ya comentados con posible *sustratum* orgánico; más del 70% eran conductores, e inclusive dos de ellos de vehículos de transporte colectivo.

¹¹ Jacobson, B. et al., *Perinatal...*, citado.

¹² Sims, A., *Neurosis and mortality. Investigation and association*, J Psychosom Res., 1984, 28:353-62.

Frei, A.; Gerhard, U., y Rummele, W., *Catamnesis of psychiatrically evaluated automobile drivers*, Schweiz-Arch-Neurol- Psychiatr., 1990, 141 (2): 123-38.

Martin, R. L. et al., *Mortality in a follow-up of 500 psychiatric out-patients II. Cause specific mortality*, Arch. Gen. Psychiatry., 1985, 42:58-66.

Grosse Aldenhovel, H., *Alcoholic polyneuropathy and myopathy. a contribution to clinic. neurologic diagnosis of alcoholic patients*, Blutalkohol, jul.-1990, 27 (4): 272-8.

El 12% de hipertensos no es despreciable, con mayor razón si comentamos que se trataba de personas de la tercera edad, y que el 66,6% eran conductores de vehículos que en todos los casos sufrieron colisiones, técnicamente inexplicables, para los especialistas de la sección de investigaciones de Accidentes del Tránsito de la Unidad Provincial de Operaciones Policiales de la ciudad de La Habana; insistimos en llamar a la reflexión: ¿realmente serían estas personas aptas para conducir?

En cuanto al comportamiento de los hábitos tóxicos, el 50% de nuestras víctimas consumían cigarrillos, y en relación con el tema estudios recientes han demostrado que efectivamente los fumadores tienen una mayor tendencia a la accidentalidad; según Brisson¹³, las bases de esta asociación están dadas por distracción en la conducción del vehículo debida al acto de fumar y por la toxicidad del monóxido de carbono.

El consumo de drogas legales también se acerca al 50%; existen estudios serios que demuestran la mayor proclividad de las personas que ingieren analgésicos¹⁴, antidepresivos, barbitúricos y especialmente benzodiazepinas¹⁵ a sufrir accidentes de tránsito.

Nuestras víctimas consumían fundamentalmente meprobamato, diazepam y amitriptilina, en la mayor parte de los casos por automedicación; éste es uno de los aspectos que resulta más difícil de conocer por otras vías que no sea la autopsia psicológica, puesto que excepcionalmente se solicita un examen toxicológico con estos fines en las muertes accidentales, y aunque así se haga, al tener estadía hospitalaria resulta imposi-

¹³ Brisson, R. J., *Risk of automobile accidents in cigarette smokers*, Can. J. Public. Health, mar.-apr.-1990, 81(2):102-6.

¹⁴ Chesher, G. B., *The influence of analgesic drugs in road crashes*, Accid. Anal. & Prev., vol. 17, n° 4, 1985, ps. 303-9.

¹⁵ Christensen, L. Q.; Nielsen, L. M., y Nielsen, S. L., *Traffic accidents and drivers suspected for drug influence*, Forensic. Sci. Int., apr.-1990, 45 (3): 273-80.

ble determinarlo, como que no sea a través de aquellas personas que estaban cerca de quien resultara occiso y conociendo sus hábitos.

Vamos a detenernos en el análisis del consumo de alcohol, ese tóxico que es responsable del 35% de las muertes por accidentes de tránsito en nuestro país ¹⁶ y al cual se le asignó la categoría de predictor fundamental de la accidentalidad ¹⁷.

El uso del alcohol está fuertemente asociado a las fatalidades de tránsito por la relevante afectación que ocasiona en la capacidad de juicio y cognición, el control motor, su integración y coordinación ¹⁸.

La ingestión de alcohol afecta especialmente el control de la dirección de los conductores y su habilidad para salir airosos de las curvas, motivo por el cual con frecuencia son víctimas de colisiones ¹⁹; si además, quien conduce es un joven, el riesgo es mayor, pues está demostrado que en los jóvenes el

¹⁶ Amaro Suárez, F., *Alcoholismo y drogadicción, su repercusión en la violencia*, Ponencia presentada en el Taller Sociedad, Salud y Violencia, I. M. L., 1995.

¹⁷ Guppy, A., y Adams-Guppy, (jr.), *Behavior and perceptions related to drink-driving among an international sample of company vehicle drivers*, J Stud, Alcohol, may.-1995, 56(3):348-55.

¹⁸ Mason, A. P., and Mc Bay, A. J., *Ethanol, marijuana and other drug use in 600 drivers killed in single-vehicle crashes in North Carolina, 1978-1981*, Journal of Forensic Sciences, vol. 29, n° 4, oct.-1984, ps. 987-1026. Sutton, L. R., *The effects of alcohol, marijuana and their combination on driving ability*, Journal of Studies on Alcohol, vol. 44, n° 3, may.-1983, ps. 438-45. Owen, S. M.; Mc Bay, A. J., and Cook, C. E., *The use of marijuana ethanol, and other drugs among drivers killed in single-vehicle crashes*, Journal of Forensic Sciences, vol. 28, n° 2, apr.-1983, ps. 372-79.

¹⁹ Gawron, V. J., y Ranney, T. A., *The effects of spot treatments on performance in a driving simulator under sober and alcohol. dosed conditions*, Accid-Anal-Prev., jun.-1990, 22(3):263- 79. Winkler, W.; Jacobshagen, W., y Nickel, W. R., *Long-term effect of courses for repeat alcoholic intoxication in automobile drivers. Studies after 60 months probation*, Blutalkohol, may.-1990, 27(3):154-74. Kruger, H. P., *Absolute driving incapacity at 1.0 promille, an erroneous limit*, Blutalkohol, may.-1990, 27(3):182-201.

alcohol ocasiona una sensación de confianza que los lleva a asumir conductas temerarias en la vía²⁰; en nuestra muestra, el 80% de los fallecidos que iban conduciendo en estado de embriaguez tenían menos de 35 años.

Consideramos interesante comentar que en la muestra aludida encontramos 4 accidentes de motos, en los cuales sus jóvenes conductores resultaron occisos debido a una colisión, conduciendo en estado de embriaguez y a exceso de velocidad, y en todos los casos las últimas personas que hablaron con ellos manifestaron que referían sentirse en plenitud de facultades para conducir y desatendieron las advertencias de que no debían hacerlo, pues según ellos "sólo se habían dado algunos tragos" y se sentían "en plena forma".

En relación con los motociclistas, hay estudios realizados que demuestran que tienen determinadas características de personalidad que los hacen asumir y disfrutar el riesgo, pues en ningún momento dejan de calcularlo²¹.

Se han dedicado muchos estudios a la influencia del alcohol en los conductores de vehículos, pero esta influencia es también importante en los peatones²²; en nuestra muestra el 35,3%

²⁰ Gruner, O., y Bilzer, W., *Comparative viewpoint of expert assessment by the federal health office in relation to "On the question of alcohol in traffic infractions" (1966) and "On safety values in blood alcohol determination" (1989)*, Blutalkohol, may.-1990, 27(3):222-6. Parker, D., y West, R.; Stradling, S., y Manstead, A. S., *Behavioural characteristics and involvement in different types of traffic accident*, Accid. Anal. Prev., aug.-1995, 27(4):71-81. Job, R. F., *The application of learning theory to driving confidence: the effect of age and the impact of random breath testing*, Accid. Anal. Prev., apr.-1990, 22 (2): 97-107.

²¹ Mannering, F. L., y Grodsky, L. L., *Statistical analysis of motorcyclists perceived accident risk*, Acad. Anal. Prev., feb.-1995, 27(1):21-31.

²² Swaddiwudhipong, W. et al., *Epidemiologic characteristics of drivers, vehicles, pedestrians and road environments involved in road traffic injuries in rural Thailand*, Southeast. Asian, J. Trop-Med-Public-Health, mar.-1994, 25(1):37-44. Solnick, S. J., y Hemenway, D., *Hit the bottle and run, the role of alcohol in hit-and-run pedestrian fatalities*, J Stud. Alcohol, nov.-1994, 55 (6): 679-84.

de los peatones atropellados se encontraba en estado de embriaguez, motivo por el cual no pudieron calcular el riesgo de atravesar una vía de alta circulación o sus dificultades perceptuales les hicieron caer en un error de cálculo de la distancia y velocidad a la cual se aproximaba el vehículo que los impactó, o quizá simplemente ni lo vieron.

En la historia de consumo, de los 34 consumidores de bebidas alcohólicas estudiados (el 68% de la muestra), el 58,82% de ellos reunían los requisitos de bebedores problema (CAGE y CID +); resulta necesario comentar que ninguno estaba dispensarizado en su área de salud, lo cual está orientado por el nuevo programa de prevención del alcoholismo en la comunidad.

Al desglosar los síntomas encontramos predominio de los trastornos del sueño y la ansiedad. Si tenemos en cuenta la suma de los diferentes trastornos del sueño, vemos que representan el 36% de la muestra; en dos casos (los correspondientes a hipersomnia) la familia nos comentaba que quienes resultaron occisos se quejaban de agotamiento.

En la literatura revisada se recoge la fatiga como un factor fuertemente asociado a la accidentalidad²³, así como el *stress*, la ansiedad y la depresión²⁴.

Al hacer la valoración diagnóstica de las víctimas, el abuso de alcohol sin dependencia ocupa el primer lugar, con el 40%; estos resultados coinciden con la literatura revisada, donde el alcohol y el alcoholismo protagonizan la tendencia a la acci-

²³ Meyer, M., *Fatigue-induced unsafe driving by occupational drivers. Criminologic knowledge and legal consequences*, Arch. Kriminol., mar.-apr. 1990, 185(3-4):65-79.

²⁴ Goldberg, L., y Gara, M. A., *A tipology of psychiatric reactions to motor vehicle accidents*, Psychopathology, 1990, 23(1):15-20. Ruhle, R. y Wolff, H., *Psychological...*, cit., ps. 346-50. Blanchard, E. B.; Hickling, E. J.; Taylor, A. E., y Loss, W., *Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents*, J Nerv Ment. Dis., aug.-1995, 183(8):495-504.

dentalidad vial²⁵; el abuso de drogas, que en nuestro estudio ocupa el segundo lugar, es también un factor fuertemente asociado a los accidentes²⁶.

Los trastornos situacionales o reactivos a *stress* que en nuestra muestra ocupan el 10%, son invocados como determinantes o precipitantes de los accidentes de tránsito, al disminuir las posibilidades de concentración del individuo²⁷.

El área de conflicto más afectada en las víctimas estudiadas fue la familia, y ciertamente está descrito que las dificultades en la dinámica familiar y especialmente una baja cohesión entre sus miembros son factores psicosociales que aumentan el riesgo de accidentes, fundamentalmente en niños y jóvenes²⁸.

El perfil psicológico de este grupo de víctimas quedó conformado por sociabilidad, seguridad, terquedad, precisión, impulsividad, independencia, valentía, optimismo y tendencia a ser caprichoso, características de las cuales sólo habíamos encontrado en la literatura revisada la impulsividad y una agresividad que no fue importante en nuestros casos²⁹.

²⁵ Howard, G., *Alcoholism and drug abuse, some legal issues for employers*, Br J. Addict., may.-1990, 85(5):593-603.

Hernández, A. C.; Newcomb, M. D., y Rabow, J., *Types of drunk-driving intervention: prevalence success and gender*, J. Stud. Alcohol, jul.-1995, 56 (4): 408-13.

²⁶ Howard, G., *Alcoholism...*, cit., ps. 593-603. Modestin, J., y Ammann, R., *Mental disorder and criminal behavior*, Br J Psychiatry, may.-1995, 166(5): 667-75.

²⁷ Simon, F., y Corbett, C., *Road traffic offending, stress, age and accident history among male and female drivers*, Ergonomic, may.-1996, 39 (5): 757-80.

²⁸ Christoffel, K. K. et al., *Psychosocial factors in childhood pedestrian injury, a matched case-control study*, Pediatrics, jan.-1996, 97 (1): 33-42.

Parker, R. S., y Rosenblum, A., *The loss and emotional dysfunctions after mild head injury incurred in a motor vehicle accident*, J Clin. Psychol., jan.-1996, 52 (1): 32-43.

²⁹ D'Toole, B. I., *Intelligence and behavior and motor vehicle accident mortality*, Accid. Anal. Prev., jun.-1990, 22(3):211-21.

En 10 casos, representativos de un 20%, encontramos señales de aviso autoquírico, lo cual explica la dificultad que a veces se nos presenta en las llamadas muertes equívocas para decidir entre una etiología medicolegal suicida o accidental ³⁰, y pone en evidencia la importancia pericial de la autopsia psicológica para discernir en este tipo de defunciones, pues en ocasiones lo que parece un accidente es en realidad un suicidio.

Las señales más frecuentes fueron los comentarios pesimistas acerca del futuro y la expresión de estar cansado de la vida; en 4 de estos casos las circunstancias en que se produjo el accidente parecían *inexplicables*: vías anchas, buena visibilidad, en dos casos se trataba de peatones atropellados y en otros dos, uno se impactó contra un poste (tenía alcoholemia positiva) y el otro sufrió una colisión seguida de vuelco en una vía de alta circulación.

En relación con la historia anterior de accidentes resulta interesante destacar que el 30% de las víctimas estudiadas había sufrido previamente algún tipo de accidente, predominando los de tránsito, lo cual habla a favor de una especial proclividad a la accidentalidad, arribando a lo que en victimología se conoce como reincidencia victimal ³¹.

4. CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico de las víctimas fatales de accidentes de tránsito estudiadas estuvo constituido por hombres jóvenes, con vínculo laboral estable y nivel medio de escolaridad.

³⁰ Connolly, J. F.; Cullen, A., y McTigue, O., *Single road traffic deaths-accident or suicide?*, Crisis, 1995, 16(2):85-9.

³¹ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

dentalidad vial²⁵; el abuso de drogas, que en nuestro estudio ocupa el segundo lugar, es también un factor fuertemente asociado a los accidentes²⁶.

Los trastornos situacionales o reactivos a *stress* que en nuestra muestra ocupan el 10%, son invocados como determinantes o precipitantes de los accidentes de tránsito, al disminuir las posibilidades de concentración del individuo²⁷.

El área de conflicto más afectada en las víctimas estudiadas fue la familia, y ciertamente está descrito que las dificultades en la dinámica familiar y especialmente una baja cohesión entre sus miembros son factores psicosociales que aumentan el riesgo de accidentes, fundamentalmente en niños y jóvenes²⁸.

El perfil psicológico de este grupo de víctimas quedó conformado por sociabilidad, seguridad, terquedad, precisión, impulsividad, independencia, valentía, optimismo y tendencia a ser caprichoso, características de las cuales sólo habíamos encontrado en la literatura revisada la impulsividad y una agresividad que no fue importante en nuestros casos²⁹.

²⁵ Howard, G., *Alcoholism and drug abuse, some legal issues for employers*, Br J. Addict., may.-1990, 85(5):593-603.

Hernández, A. C.; Newcomb, M. D., y Rabow, J., *Types of drunk-driving intervention: prevalence success and gender*, J. Stud. Alcohol, jul.-1995, 56 (4): 408-13.

²⁶ Howard, G., *Alcoholism...*, cit., ps. 593-603. Modestin, J., y Ammann, R., *Mental disorder and criminal behavior*, Br J Psychiatry, may.-1995, 166(5): 667-75.

²⁷ Simon, F., y Corbett, C., *Road traffic offending, stress, age and accident history among male and female drivers*, Ergonomic, may.-1996, 39 (5): 757-80.

²⁸ Christoffel, K. K. et al., *Psychosocial factors in childhood pedestrian injury, a matched case-control study*, Pediatrics, jan.-1996, 97 (1): 33-42.

Parker, R. S., y Rosenblum, A., *The loss and emotional dysfunctions after mild head injury incurred in a motor vehicle accident*, J Clin. Psychol., jan.-1996, 52 (1): 32-43.

²⁹ D'Toole, B. I., *Intelligence and behavior and motor vehicle accident mortality*, Accid. Anal. Prev., jun.-1990, 22(3):211-21.

En 10 casos, representativos de un 20%, encontramos señales de aviso autoquírico, lo cual explica la dificultad que a veces se nos presenta en las llamadas muertes equívocas para decidir entre una etiología medicolegal suicida o accidental ³⁰, y pone en evidencia la importancia pericial de la autopsia psicológica para discernir en este tipo de defunciones, pues en ocasiones lo que parece un accidente es en realidad un suicidio.

Las señales más frecuentes fueron los comentarios pesimistas acerca del futuro y la expresión de estar cansado de la vida; en 4 de estos casos las circunstancias en que se produjo el accidente parecían *inexplicables*: vías anchas, buena visibilidad, en dos casos se trataba de peatones atropellados y en otros dos, uno se impactó contra un poste (tenía alcoholemia positiva) y el otro sufrió una colisión seguida de vuelco en una vía de alta circulación.

En relación con la historia anterior de accidentes resulta interesante destacar que el 30% de las víctimas estudiadas había sufrido previamente algún tipo de accidente, predominando los de tránsito, lo cual habla a favor de una especial proclividad a la accidentalidad, arribando a lo que en victimología se conoce como reincidencia victimal ³¹.

4. CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico de las víctimas fatales de accidentes de tránsito estudiadas estuvo constituido por hombres jóvenes, con vínculo laboral estable y nivel medio de escolaridad.

³⁰ Connolly, J. F.; Cullen, A., y McTigue, O., *Single road traffic deaths-accident or suicide?*, Crisis, 1995, 16(2):85-9.

³¹ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

- Resultaron antecedentes patológicos personales de interés los insultos al sistema nervioso central y los trastornos neurológicos.

- En los hábitos tóxicos predominó el consumo de alcohol, seguido por el de psicofármacos y el de cigarrillos.

- Más del 50% de los consumidores de alcohol eran bebedores problema.

- En el examen psiquiátrico retrospectivo de las personas fallecidas por accidentes de tránsito estudiadas predominaron los trastornos del sueño y la ansiedad.

- Nosológicamente predominó el abuso de alcohol y/o drogas, seguido por los trastornos situacionales o reactivos a *stress*.

- El área de conflicto más afectada en las víctimas estudiadas fue la familia.

- El perfil psicológico de las víctimas estudiadas quedó conformado por sociabilidad, seguridad, terquedad, precisión, impulsividad, independencia, valentía, optimismo y tendencia a ser caprichosos.

- El 20% de las víctimas estudiadas emitieron señales presuicidas, siendo las más frecuentes los comentarios pesimistas acerca del futuro y la expresión de estar cansado de la vida.

CAPÍTULO V
APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MÉTODO
A LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL
(*aplicación criminalística*)

Todos los que nos hemos dedicado a las ciencias forenses sabemos que esa conocida frase que dice: *los muertos hablan*, es muy cierta; pero habitualmente los textos clásicos la relacionan con los hallazgos tanatológicos, tales como las livideces, el *rigor mortis*, la existencia o no de heridas de defensa, que pueden desmentir un planteamiento inicial de determinadas causas y circunstancias de la muerte.

Pero en el presente trabajo queremos transmitir la idea de que no sólo por esto habla el muerto, sino que también lo hace por las *huellas psicológicas* que deja en los espacios que habitó, y que en determinados casos pueden ser la clave del esclarecimiento de las circunstancias en que acaeció su deceso.

Para ejemplificar comentaremos el caso de un señor que, hospedado en un hotel, se precipita, delante de un buen número de huéspedes, desde el último piso del inmueble, al área de la piscina; a *ojos vista*, se trataba de un suicidio; sin embargo, al hacer la autopsia psicológica, resultó que desde hacía algunos

días venía presentando alteraciones conductuales indicativas de trastornos perceptuales, y al solicitar antecedentes a la familia, nos encontramos con que unos años atrás había sufrido un traumatismo craneal con pérdida de la conciencia, luego del cual en varias oportunidades había hecho cuadros que recordaban automatismos, de semiología compleja, parecidos a los que habían sido descritos por varias de las fuentes entrevistadas, incluido el médico del hotel; todo esto, unido a la descripción efectuada por el testigo más cercano de alucinaciones visuales-táctiles (instantes antes de echar a correr le dijo: "mira, que larga trenza", con la mano colocada de tal manera que parecía que tenía atrapada la trenza), nos llevaron al planteamiento de un trastorno crepuscular epiléptico de etiología postraumática.

En ese caso los médicos legistas no encontraron diferencias en el examen del cadáver, con respecto a una precipitación suicida; la policía no halló ningún indicio de criminalidad, por lo cual, ni medicolegal ni policológicamente, había nada que se opusiera al suicidio; sin embargo, psicopatológicamente estaba claro que se trataba de un accidente, pues el suicidio, conceptualmente, es la privación voluntaria de la propia vida, y si el individuo tenía una turbación disrítmica de la conciencia no podía decidir privarse de ella.

El hecho de que una muerte accidental sea erróneamente dictaminada como suicida, en primer lugar afecta moralmente a los sobrevivientes, sobre todo si, como en este caso, pertenecen a una religión que condena el suicidio, la católica. Pero además los afecta económicamente, al negárseles el cobro del seguro de vida.

Ahora bien, cualquiera pudiera pensar que es muy arriesgado emitir criterios a partir de una valoración que es retrospectiva e indirecta, eso es cierto, por esa razón nosotros siempre hacemos un análisis probabilístico, que en la mayoría de los casos ofrece conclusiones también probabilísticas, pero existen casos como el que acabamos de comentar, en los cua-

les las conclusiones pueden darse de certeza, sin temor a errores.

¿CÓMO HACEMOS EL ANÁLISIS EN LA GENERALIDAD DE LOS CASOS? EVALUANDO

- *Estilo de vida: ¿Qué se evalúa aquí?:* ¿Cómo vivía el individuo? ¿Era un estilo de vida saludable? ¿Había tendencias parasuicidas; se causaba daño a sabiendas de que eso acortaría su vida, por ejemplo, los alcohólicos, los drogadictos?

- *Factores de riesgo suicida, heteroagresivo o a la accidentalidad:* Aquí hay que hacer un análisis enmarcado tanto en los universalmente aceptados como en los localmente identificados; por ejemplo, la pertenencia a subculturas violentas, es un factor universalmente aceptado como de riesgo heteroagresivo, mientras que localmente cada país y región puede establecer un perfil de mayor vulnerabilidad, como por ejemplo el pertenecer a sectas secretas, el trabajar en centros nocturnos o el vivir en determinadas zonas residenciales. Por eso siempre insistimos en que el análisis tiene que estar ajustado a cada localidad; en las muertes dudosas esto es importante, pues ayuda a la investigación el saber que en una persona que presuntamente murió por su propia mano, no se encuentran factores de riesgo suicida, tales como el vivir solo, tener pérdidas recientes, etc., y sí de riesgo heteroagresivo, tales como el vínculo con actividades económicas de carácter ilícito.

- *Personalidad del occiso:* En este tema también hay que hacer un análisis que incluya tanto lo universalmente aceptado como lo localmente identificado; por ejemplo, se acepta que la víctima de suicidio es más dependiente, con tendencia a la depresión, psicológicamente frágil, mientras la víctima de

homicidio tiene mayor tendencia al enfrentamiento y a la provocación, es más beligerante. Cuando estamos ante una muerte dudosa estos elementos psicopatológicos juegan un rol importante, por ejemplo, a nadie se le ocurriría pensar en una mujer histriónica eligiendo un método suicida tan duro como el ahorcamiento, de manera que si nos encontramos con una mujer joven y bella suspendida en el baño de su casa, hay que estudiar minuciosamente la escena de la muerte, porque probabílicamente es difícil que escogiera ese método; lo usual es la ingestión de psicofármacos, que no dañarían su imagen ni después de muerta.

La discusión de cada caso se hace en equipo, participan todos los especialistas que integran la investigación criminal: médicos legistas, peritos criminalistas, investigadores policiales, psiquiatras o psicólogos forenses; idealmente deben haber asistido todos al lugar del hecho, y de no haber sido posible, deben al menos haber visto el vídeo del levantamiento del cadáver e inspección de la escena de la muerte, ya que sólo de esta manera se podrán debatir adecuadamente las hipótesis. Resulta muy importante que todos recuerden que ninguno tiene en su poder la verdad absoluta y que sólo del análisis colegiado saldrá la aproximación más científica a esa verdad.

Una de las maneras de retroalimentarnos y obtener la gratificación intelectual a nuestros esfuerzos es participar en la reconstrucción de los hechos, una vez éstos esclarecidos, pues allí corroboramos qué tanto nos acercamos o nos alejamos de lo que realmente ocurrió.

En nuestro país tenemos la ventaja de poder participar desde el inicio en la investigación, desde la misma escena de la muerte, lo cual nos permite sugerir la ocupación de determinados documentos, literatura que leía el occiso, música que escuchaba, etc.; esta experiencia ha sido muy positiva e inclusive la hemos transmitido a otros países del área, como México y Honduras, habiendo sido muy bien acogida.

En el capítulo siguiente veremos qué pasa cuando ya está claro que estamos frente a una muerte criminal, de etiología homicida, y hasta dónde se extiende en tales casos la aplicación de la autopsia psicológica.

CAPÍTULO VI

APLICACIÓN DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA AL DERECHO PENAL Y AL CIVIL

Si ya está claro que se trata de un homicidio, se abre entonces un campo tanto o más apasionante que el anterior para la aplicación de la autopsia psicológica: la definición del estado mental del occiso en el momento en que fue ultimado, para definir si existía un trastorno mental que lo colocara en estado de indefensión.

¿Qué importancia tiene esto?, pues muy sencillo, téngase en cuenta que si nosotros como peritos logramos establecer que la persona fallecida se encontraba en estado de enajenación, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado, entonces se tipifica el estado de indefensión y se califica el homicidio como asesinato, aun cuando no concurra el resto de las circunstancias para su tipificación; pero el autor del crimen se aprovechó de la desventaja en que se encontraba la víctima.

A diferencia de la aplicación al campo de la criminalística, cuando se nos pide por parte de la autoridad actuante, llámese instrucción policial, llámese fiscalía, que nos pronuncie-
mos en relación con el estado mental del occiso en el momento

de su muerte para tipificar un delito de homicidio, las conclusiones tienen que ser de certeza, estaba o no estaba en trastorno mental transitorio, era o no era un enajenado mental, era o no era un retrasado mental.

Vamos a ejemplificar con algunos casos trabajados por nosotros.

CASUÍSTICA

a) *Adolescente*.— Se trató de un adolescente de 15 años que apareció muerto dentro de una cisterna. En la necropsia se constataron múltiples señales de violencia, incluyendo violencia genital. Fue estrangulado después de golpeado, y había sido víctima de acceso carnal. En el examen toxicológico se encontraron cifras positivas de alcoholemia.

Al detener al autor del hecho, éste planteaba que se habían dado unos tragos en la discoteca, y que el que resultara occiso, que según él era homosexual, le había propuesto relaciones homosexuales; según declaró, durante la realización del coito lo había cogido por el cuello y “se le había ido la mano”.

En este caso la etiología medicolegal homicida estaba clara; la fiscalía solicitó el peritaje para establecer el estado mental de la víctima, pues durante la investigación policial se pudo conocer que tenía antecedentes de trastornos nerviosos desde su infancia, lo cual podía variar la tipificación delictiva, pues si se establecía que el funcionamiento psicológico del occiso estaba por debajo de los 12 años de edad, el acceso carnal se tipifica como pederastia con violencia y por tanto el homicidio se convierte en asesinato al ocurrir en ocasión de una pederastia contra un menor de 12 años.

Efectivamente, la autopsia psicológica logró establecer que la víctima padecía un retraso mental de ligero a moderado y que su funcionamiento psicológico era compatible, didácti-

camente, con el de un niño en los comienzos de la edad escolar (7 u 8 años); por lo tanto, se sustentaba la condición de indefensión para la tipificación del asesinato.

La autopsia psicológica fue la pieza clave para la tipificación del asesinato y para la solicitud de pena capital para el acusado, quien tenía 22 años en el momento de ejecutar el crimen. De no haberse podido demostrar la condición de indefensión de la víctima el caso pudiera haber quedado como un homicidio simple y el marco sancionador, por supuesto, hubiese sido mucho menor.

b) *Homosexual*.— En este caso la víctima fue un homosexual de 34 años que apareció muerto en su domicilio, por estrangulación manual, con señales de violencia en el área genital-anal, con un madero introducido en el ano. Al ser detenido, el homicida argumentó que el occiso era homosexual y que gustaba de que lo golpearan durante el coito, que él tenía “algunos tragos de más”, y por eso aceptó mantener relaciones; indicó que durante el transcurso de la misma se excitó, y “me dio por eso”.

Durante la investigación preliminar de la policía de homicidios se pudo establecer que ciertamente el occiso era homosexual, pero también se manejó la información de que era *anormal*, que vivía solo porque su madre, que era esquizofrénica, había fallecido. Así las cosas, la instrucción policial solicitó la autopsia psicológica para determinar el real estado mental de la víctima en el momento de su muerte.

Al llevar a cabo las exploraciones a las fuentes se pudo conocer que el occiso tenía un déficit intelectual importante, ubicable como un retraso mental de moderado a severo, con incursiones psicóticas frecuentes, durante las cuales solía colocarse una flor en el pelo y bailar como una cantante de moda, de todo lo cual el autor tenía conocimiento, por ser vecino de la víctima.

Concluimos que el occiso presentaba un retraso mental de moderado a severo con descompensaciones psicóticas frecuentes, razón por la cual funcionaba como un enajenado mental, con carencia de facultad para comprender el alcance de su acción y dirigir su conducta.

De esta manera quedaba tipificado el estado de indefensión de la víctima; por lo tanto, el homicidio que había tratado de hacer ver como pasional el victimario, pasaba a ser tipificado como asesinato, con la consiguiente apertura del marco sancionador, hasta la solicitud de la pena capital.

c) *Víctima provocadora.*— No sólo para agravar la sanción del acusado nos sirve esta técnica, a veces también nos es útil para atenuarla, en el sentido de que si logramos establecer que la víctima cumplía con los requisitos establecidos para considerarla una víctima provocadora, entonces pudiera entrar a valorarse la atenuación de la sanción del homicida, fundamentalmente si se demuestra que por sus características la víctima llegó a colocar al acusado en un estado de desorganización psicológica.

Con estas características trabajamos un caso en el cual la víctima llevaba meses hostigando al que luego se convirtió en victimario, imputándole acusaciones de presuntas violaciones de carácter ético. El acusado era un individuo de mucho prestigio y moral ante la sociedad, y tales ofensas lo fueron desestabilizando emocionalmente, al punto de que al ocurrir el hecho llevaba más de tres días sin dormir.

Al evaluar al victimario pudimos conocer que tenía un *sustratum* orgánico cerebral, lo que unido a la provocación persistente de la víctima, lo colocó en un estado de especial vulnerabilidad, determinando que el día de los hechos arremetiera contra ésta sin mediar apenas palabras.

Al hacer la autopsia psicológica de quien resultara occiso encontramos que era un sujeto hostil, mordaz, dominante, agre-

sivo en la comunicación extraverbal, rencoroso, vengativo, terco, extremista, oportunista, en resumen, ideal para el enfrentamiento y la provocación. Estos resultados nos llevaron a plantear que se trataba de una víctima provocadora, planteamiento que incluimos en la reconstrucción psicodinámica del crimen.

Cuando llegó la hora del juicio oral, nuestros criterios fueron tomados en cuenta; tan es así, que el victimario resultó beneficiario de una atenuación de la sanción a la mitad; si el estado de desorganización hubiese sido más grave, al punto de llevarlo a un nivel de funcionamiento psicótico, comparable con el trastorno mental transitorio, hubiese podido considerarse inimputable.

d) *Anciano*.— Quisimos dejar para el final un caso cuyas conclusiones tienen implicaciones en el campo penal y en el civil, aunque la solicitud nos llegó de la instrucción policial con objetivos penales.

Se trató de un señor de 75 años que apareció fallecido en su lecho; sus convivientes (que no eran familiares) llamaron al médico de la familia para que certificara la muerte, explicándole que el anciano padecía de *ahogos*; al llegar, nuestro colega observó una equimosis en uno de los pómulos y ante la duda decidió llamar a la policía y a medicina legal.

Al realizar la necropsia los médicos legistas pudieron observar infiltrado hemorrágico de las conjuntivas y del diafragma, lo cual hablaba de maniobras combinadas de sofocación. Al iniciarse la investigación policial se detectó que dos semanas antes de su muerte, el señor que resultó occiso había contraído matrimonio con una mujer casi treinta años más joven, quien pasaba a ser la beneficiaria de todos sus bienes.

Al progresar la investigación se detectó que una de las convivientes del anciano había recibido dinero de la que en el momento de su muerte figuraba como su esposa, con el objeto

de comprarle otra vivienda que era propiedad de éste, la cual estaba siendo alquilada por ésta.

Todos estos indicios, unidos al resultado de la necropsia medicolegal, llevaron a la policía de homicidios al planteamiento de que se trataba de una muerte criminal, sospechando que los convivientes se habían aprovechado de la condición de indefensión del anciano para obtener el beneficio material de la vivienda y para ultimarle, una vez logrado su lucrativo propósito.

Al hacer la autopsia psicológica del occiso pudimos establecer que, ciertamente, al menos dos meses antes de su muerte, y por tanto, mes y medio antes de contraer matrimonio, ya tenía instalado un cuadro demencial evidente.

Nuestros resultados establecieron el estado de indefensión de la víctima, y por tanto la tipificación del delito de asesinato (homicidio calificado), al tratarse de un enajenado mental, carente de facultad para comprender el alcance de su acción y dirigir su conducta, lo cual, paralelamente, dejaba sin efecto los documentos que había firmado el señor dos semanas antes, pues con toda seguridad ya para esa fecha estaba demente, resultando por tanto incapaz para regir su persona, administrar sus bienes y tomar decisiones.

CAPÍTULO VII

APLICACIÓN DEL MÉTODO A LA PREVENCIÓN DE LAS MUERTES VIOLENTAS EN LA COMUNIDAD

En la medida que validábamos el método para fines puramente periciales, y gracias a nuestra vinculación a la prevención comunitaria, por pertenecer a la Comisión Provincial y a la Comisión Nacional de Salud Mental, nos íbamos convenciendo de la utilidad que podía tener dentro de las acciones encaminadas a evitar la ocurrencia de muertes violentas en cada área de salud.

Inicialmente comenzamos por la introducción de la autopsia psicológica en el análisis y discusión de fallecidos por suicidio; era lo más conocido y con lo que más familiarizados estaban los psiquiatras y psicólogos en el nivel primario de atención; de este modo logramos la caracterización local del fenómeno, y en un segundo paso, ya más osado, hicimos la introducción del método al análisis y discusión de fallecidos por homicidio.

Este segundo paso fue posible gracias a la colaboración de los colegas del Centro Comunitario de Salud Mental del municipio Habana Vieja, pionero en cuanto a la estructuración de una metodología para el análisis y discusión de fallecidos

por homicidios y por accidentes, buscando los factores de riesgo y tratando de identificar la población vulnerable, dentro de una compleja situación socioeconómica.

Seguidamente pasaremos a detallar la metodología empleada con fines preventivos:

- Se consulta a los médicos de familia que atendían el núcleo familiar del occiso, cuáles consideran que sean las mejores fuentes a entrevistar para conformar la autopsia psicológica; de hecho, el propio médico de la familia resulta una de las fuentes imprescindibles, dentro de las llamadas *fuentes neutras*.

- Tanto en los casos de suicidio como en los de homicidio, debemos tener un primer contacto con los sobrevivientes, lo más próximo posible a la pérdida, lo cual nos permite, además de una caracterización más objetiva del fallecido, la detección de alteraciones psicopatológicas que pudieran representar un riesgo suicida potencial, e inclusive un riesgo de homicidio, garantizando de este modo la rápida canalización a un servicio especializado y evitando otras muertes en la comunidad.

- Como quiera que nuestros objetivos al utilizar el método con fines preventivos no son periciales, nada se opone a que las entrevistas puedan realizarse con la presencia de otros miembros de la familia; de hecho, puede redundar en un mecanismo catártico colectivo, que además esclarezca dudas y libere sentimientos de culpa ocultos en la dinámica familiar.

- Resulta imprescindible acopiar toda la documentación médica, psiquiátrica o no, del fallecido.

- Una vez terminadas las entrevistas necesarias, así como la revisión de la documentación, se procederá a citar a los médicos de familia, médicos de asistencia hospitalaria o comunitaria, incluidos aquellos que lo auxiliaron en los últimos momentos, es decir, después del intento suicida o del gesto homicida que lo privó de la vida (en los casos que tuvieron estadía hospitalaria).

- En la discusión de cada caso participarán todos los profesionales y técnicos que integran el equipo de salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales).

- A la discusión de algunos casos, dependiendo de los hallazgos de la autopsia psicológica, deberá ser invitado algún miembro de la Comisión de Atención y Prevención Social.

- En el tratamiento de cada una de las situaciones planteadas deberán quedar claras las siguientes cuestiones:

- Si se trataba o no de una persona con trastornos psicopatológicos.

- Si esos trastornos eran susceptibles de detección y dispensarización a nivel comunitario.

- Si se trataba de una persona con conflictos de carácter social que pudieran haber sido detectados y resueltos a nivel comunitario.

- Si se trataba de una persona procedente de un medio familiar disfuncional, susceptible de intervención comunitaria, para evitar futuras muertes violentas, vinculadas a la propia dinámica familiar.

- Si se cometieron fallas en el manejo del caso, en cualquiera de los niveles de atención.

Sobre la base del análisis de todos los casos de un área deberá hacerse un informe a la Dirección Municipal de Salud acerca de la caracterización de los fallecidos por suicidio u homicidio, que debe dejar claro:

- Los principales factores asociados a las muertes por suicidio u homicidio en la comunidad en cuestión.

- La población que resulta más vulnerable a este tipo de muertes.

- Las medidas que el equipo de salud mental considera factibles de aplicación con el objeto de controlar tales factores y dar mejor atención a esa población más vulnerable.

- En la experiencia del municipio Habana Vieja, este procedimiento ha servido para adecuar las estrategias de prevención y el estilo de enfrentamiento a la violencia, desde el sector de la salud, logrando optimizar los recursos humanos y materiales. Por supuesto que cada territorio deberá ajustar la metodología a sus posibilidades; por ejemplo, en el municipio del Cerro, es la trabajadora social la figura directriz de la aplicación de la autopsia psicológica, peculiaridad dada en buena medida por la experiencia de éstas en el manejo de la técnica, desde los comienzos de su empleo en nuestro país, en 1990.

CAPÍTULO VIII

MANUAL PARA EL USO DEL MAPI

MODELO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA INTEGRADO (MAPI)

1. Nombre:

2. Dirección:

3. Fecha de nacimiento:

4. Lugar:

5. Hasta los 16 años vivió en un área:

1) *Urbana* _

2) *Suburbana* _

3) *Rural* _

6. Sexo:

1) *Masculino* _

2) *Femenino* _

7. Grupo racial:

- 1) *Predominio europoide* _
- 2) *Predominio negroide* _
- 3) *Predominio mongoloide* _

8. Estado conyugal:

- 1) *Soltero* _
- 2) *Casado* _
- 3) *Unión consensual* _
- 4) *Viudo* _
- 5) *Divorciado* _
- 6) *Separado* _

9. Escolaridad vencida:

- 1) *Sin instrucción* _
- 2) *Primaria inconclusa* _
- 3) *Primaria* _
- 4) *Secundaria* _
- 5) *Enseñanza media superior* _
- 6) *Universitaria* _

10. Ocupación:

- 1) *Técnico de nivel superior* _
- 2) *Técnico de nivel medio* _
- 3) *Obrero calificado* _
- 4) *Obrero no calificado* _
- 5) *Trabajador de servicio* _
- 6) *Administrativo* _
- 7) *Dirigente* _
- 8) *Trabajador por cuenta propia* _
- 9) *Contratado* _
- 10) *Estudiante* _
- 11) *Militar* _
- 12) *Soldado del SMG* _
- 13) *Recluso* _

14) *Jubilado* _

15) *Desvinculado* _

16) *Ama de casa* _

11. Creencias religiosas:

1) *Católica* _

2) *Adventista* _

3) *Bautista* _

4) *Testigos de Jehová* _

5) *Santería* _

6) *Espiritismo* _

7) *Abakuá* _

8) *Palo Monte* _

9) *Otras* _ (especifique:)

12. Antecedentes patológicos personales:

1) *Nacimiento por parto distócico* _

2) *Traumatismo de cráneo con pérdida de conciencia* _

3) *Accidente sin trauma craneal* _

4) *Encefalitis* _

5) *Diabetes* _

6) *Asma* _

7) *Hipertensión arterial* _

8) *Epilepsia* _

9) *Trastornos psiquiátricos mayores* _

10) *Trastornos psiquiátricos menores* _

11) *ACCIDENTES: del hogar _ de trabajo _ de tránsito* _

12) *Hospitalizaciones recientes* _ (especifique:)

13. Antecedentes patológicos familiares e historia sociofamiliar:

Trast. Psiq. Int. Suic. Suic. Hom. Acc. Mortal A. Pen.

• <i>Madre:</i>	-	-	-	-	-
• <i>Padre:</i>	-	-	-	-	-
• <i>Hermanos:</i>	-	-	-	-	-
• <i>Hijos:</i>	-	-	-	-	-
• <i>Otros:</i>	-	-	-	-	-

14. Hábitos tóxicos:

- 1) *Tabaco* _
- 2) *Café* _
- 3) *DROGAS: a) legales _ b) ilegales _*
- 4) *Bebidas alcohólicas* _

15. Bebida preferida y/o que más consumía:

- 1) *Cerveza* _
- 2) *Vino* _
- 3) *Bebida fuerte* _

16. Frecuencia de consumo:

- 1) *Menos de una vez al mes* _
- 2) *Una vez al mes* _
- 3) *Una vez a la semana* _
- 4) *Dos o tres veces por semana* _
- 5) *Diaria* _
- 6) *No sabe* _

17. Cantidad consumida:

- 1) *Menos de 6 bot. o 1/4 de litro* _
- 2) *Entre 7 y 12 bot. o entre 1/4 y 1/2 litro* _
- 3) *Más de 12 bot. o de 1/2 litro* _

18. CAGE: ()

- 1) *Alguna vez sintió que debía beber menos?: sí _ no _*
- 2) *Le molestaba que la gente criticara su forma de beber?:*
sí _ no _
- 3) *Se sintió mal o culpable alguna vez por su forma de beber?:*
sí _ no _
- 4) *Alguna vez tomó en la mañana para calmar sus nervios o eli-*
minar molestias por haber bebido la noche anterior?: sí _ no _
- 5) *Consideraba que su forma de beber le creaba dificultades en*
su salud, en su familia, en su trabajo o en sus relaciones con
los vecinos?: sí _ no _

- 6) *Tenía dificultades para controlarse cuando bebía?:* sí _ no _
- 7) *Cuando estaba más de dos días sin beber aparecían males-
tares por la falta de alcohol?:* sí _ no _
- 8) *Se embriagaba más de una vez al mes (más de 12 veces al
año)?:* sí _ no _
- 9) *Alguna vez se despertaba y no recordaba lo ocurrido el día
anterior mientras bebía?:* sí _ no _
- 10) *Usted cree que bebía más de la cuenta?:* sí _ no _
- 11) *Considera usted que debió recibir ayuda médica para tomar
menos?:* sí _ no _

EXAMEN PSIQUIÁTRICO RETROSPECTIVO HASTA
UN MES ANTES DE LA MUERTE

19. Esfera de integración:

- 1) *CONCIENCIA:* 1) normal _ 2) estrechamiento _ 3) obnubila-
ción _ 4) delirium _ 5) confusión _ 6) coma _ 7) ataque _ 8)
estado oniroide _ 9) estado crepuscular _ 10) otros _
- 2) *ATENCIÓN:* 1) normal _ 2) hipervigilancia _ 3) distractibili-
dad _ 4) hiperconcentración _ 5) otros _
- 3) *MEMORIA:* 1) normal _ 2) hipomnesia _ 3) amnesia _ 4) hipe-
ramnesia _ 5) paramnesia _ 6) otros _
- 4) *ORIENTACIÓN:* 1) normal _ 2) desorientación en tiempo _ 3)
desorientación en espacio _ 4) desorientación en persona _ 5)
otros _
- 5) *NIVEL INTELECTUAL:* 1) normal _ 2) inferior _

20. Esfera cognoscitiva:

- 1) *SENSOPERCEPCIÓN:* 1) normal _ 2) hiperestesia _ 3) cenesto-
patía _ 4) anestesia _ 5) parestesia _ 6) ilusiones _ 7) alucina-
ciones _ 8) pseudoalucinaciones _ 9) desrealización _ 10) des-
personalización _ 11) otros _
- 2) *Pensamiento:*

— *TRASTORNOS DEL CURSO*: 1) *normal* _ 2) *lentificado* _ 3) *acelerado* _ 4) *disgregado* _ 5) *prolijo* _ 6) *perseverante* _ 7) *bloqueo* _ 8) *incoherente* _ 9) *otros* _

— *TRASTORNOS DEL CONTENIDO*: 1) *idea sobrevalorada* _ 2) *idea fija* _ 3) *idea fóbica* _ 4) *idea obsesiva* _ 5) *idea delirante* _ 6) *idea suicida* _ 7) *idea de autorreproche* _ 8) *idea de culpabilidad* _ 9) *idea de minusvalía* _ 10) *idea homicida* _ 11) *idea hipcondríaca* _

21. Esfera de relación:

1) *CONSIGO MISMO*: 1) *crítica de enfermedad* _ 2) *conciencia de enfermedad* _ 3) *satisfecho consigo mismo* 4) *autoanálisis objetivo* _ 5) *otros* _ (especifique)

2) *CON LOS DEMÁS*: 1) *generalmente armónicas* _ 2) *generalmente conflictivas* _ 3) *hipercrítico* _ 4) *pasivo* _ 5) *líder* _ 6) *evita el contacto social* _ 7) *agresivo* _ 8) *litigante* _ 9) *sociable* _

3) *CON LAS COSAS*: 1) *organizado* _ 2) *desorganizado* _ 3) *constructivo* _ 4) *destrutivo* _ 5) *indolente* _

22. Esfera afectiva:

1) *Afectividad sintónica* _

2) *Tristeza* _

3) *Euforia* _

4) *Hipertimia* _

5) *Disforia* _

6) *Ansiedad* _

7) *Ambivalencia* _

8) *Discordancia* _

9) *Irritabilidad* _

10) *Aplanamiento* _

11) *Labilidad* _

23. Esfera de la conducta:

1) *Volición normal* _

2) *Hipobulia* _

- 3) *Abulia* _
- 4) *Hiperbulia* _
- 5) *Otros* _

24. Alimentación:

- 1) *Normal* _
- 2) *Anorexia* _
- 3) *Bulimia* _
- 4) *Otros* _

25. Sexo:

- 1) *Normal* _
- 2) *Anafrodisia* _
- 3) *Frigidez* _
- 4) *Impotencia* _
- 5) *Eyacuación precoz* _
- 6) *Otros* _

26. Hábitos higiénicos:

- 1) *Normal* _
- 2) *Excesivo* _
- 3) *Insuficiente* _
- 4) *Otros* _

27. Sueño:

- 1) *Normal* _
- 2) *Insomnio inicial* _
- 3) *Insomnio terminal* _
- 4) *Insomnio mixto* _
- 5) *Hipersomnia* _
- 6) *Parasomnias* _
- 7) *Trastornos del esquema sueño-vigilia* _

28. Actividad:

- 1) *Normal* _

- 2) *Hipokinesia* _
- 3) *Negativismo* _
- 4) *Hiperkinesia* _
- 5) *Compulsión* _
- 6) *Agitación* _
- 7) *Acto impulsivo* _
- 8) *Intento suicida* _

29. *Lenguaje:*

- 1) *Normal* _
- 2) *Soliloquio* _
- 3) *Taquilalia* _
- 4) *Bradilalia* _
- 5) *Verborrea* _
- 6) *Otros* _

30. *Síndrome:*

- 1) *Ansioso* _
- 2) *Depresivo* _
- 3) *Maníaco* _
- 4) *Estuporoso* _
- 5) *Agitación psicomotriz* _
- 6) *Hipocondríaco* _
- 7) *Conversivo* _
- 8) *Disociativo* _
- 9) *Obsesivo-compulsivo* _
- 10) *Asténico* _
- 11) *Psicopático* _
- 12) *Disfunción sexual* _
- 13) *Esquizofrénico* _
- 14) *Delirante* _
- 15) *Desv. sexual* _
- 16) *Adicción al alcohol* _
- 17) *Adicción a las drogas* _
- 18) *S. cerebral orgánico agudo* _

- 19) *S. psicoorgánico* _
- 20) *Amnésico* _
- 21) *Oligofrénico* _
- 22) *Apatoabúlico* _
- 23) *Demencial* _
- 24) *Otros* _

31. Diagnóstico nosológico:

1 2 3

32. Conflictos en el ámbito socioeconómico:

- 1) *PERSONALES: 1) consigo mismo* _ 2) *necesidades biológicas* _
- 3) *necesidades sociales* _
- 2) *FAMILIARES: 1) con la pareja* _ 2) *con los hijos* _ 3) *con los padres* _ 4) *con los hermanos* _ 5) *con los suegros* _ 6) *con cuñados(as)* _ 7) *con sobrinos(as)* _ 8) *con tíos(as)* _ 9) *con abuelos(as)* _ 10) *con otros* _
- 3) *Vivienda* _
- 4) *Económicos* _

33. Conflictos en el ámbito laboral:

- 1) *Rechazo al rol general* _
- 2) *Rechazo al rol específico* _
- 3) *Conflicto de status* _
- 4) *Conflicto entre rol y personalidad* _
- 5) *FRICCIÓN DEL ROL INSTITUCIONAL: 1) ascendente* _ 2) *descendente* _ 3) *horizontal* _

34. Conflictos judiciales:

- 1) *Detenido* _
- 2) *En espera de juicio* _
- 3) *Acusado* _
- 4) *Víctima* _
- 5) *Testigo* _
- 6) *Recluso* _

35. Antecedentes penales:

- 1) *Lesiones* _
- 2) *Homicidio* _
- 3) *Asesinato* _
- 4) *Tentativa de asesinato* _
- 5) *Amenaza* _
- 6) *Escándalo público* _
- 7) *Riñas* _
- 8) *Daño a la propiedad* _
- 9) *Robo con fuerza* _
- 10) *Robo con violencia* _
- 11) *Hurto* _
- 12) *Hurto y sacrificio de ganado mayor* _
- 13) *Receptación* _
- 14) *Tráfico de divisas* _
- 15) *Tenencia ilegal de armas* _
- 16) *Abuso lascivo* _
- 17) *Estupro* _
- 18) *Violación* _
- 19) *Corrupción de menores* _
- 20) *Tráfico de drogas* _
- 21) *Tenencia de drogas* _
- 22) *Delitos contra la seguridad del Estado* _
- 23) *Delitos contra la economía* _
- 24) *Delitos de tránsito* _
- 25) *Otros* _ (especifique.....)

36. Antecedentes de hechos de violencia no encausados judicialmente:

- 1) *Como autor* _
- 2) *Como víctima* _

37. Antecedentes cuando menor:

- 1) *Atendido por CEOAM* _

- 2) *Atendido por el oficial de menores* _
- 3) *Centro de Reeducción de Menores* _
- 4) *Retenidos en unidades de la policía* _

38. Estancia en prisión:

- 1) *Menos de un año* _
- 2) *De 1 a 5 años* _
- 3) *De 6 a 10 años* _
- 4) *Más de 10 años* _

39. Hábitos antisociales:

- 1) *Portar armas de fuego de forma habitual* _
- 2) *Portar armas blancas de forma habitual* _
- 3) *Utilización de frases propias de medios disociales* _
- 4) *Ingestión habitual de tabletas buscando efectos psicoestimulantes* _
- 5) *Ingestión habitual de bebidas alcohólicas* _
- 6) *Utilización de drogas tales como la marihuana* _
- 7) *Utilización de drogas duras (cocaína, heroína)* _
- 8) *Vínculos con elementos delictivos* _
- 9) *Negocios ilícitos* _
- 10) *Expresiones obscenas habituales* _
- 11) *Escándalos públicos frecuentes* _
- 12) *Ostentación de su condición de antisocial* _
- 13) *Forma extravagante de vestir* _
- 14) *Sistemática falta de respeto a los valores ético morales establecidos por la sociedad* _
- 15) *Frecuentar medios disociales o antisociales* _
- 16) *Juegos de azar prohibidos* _

40. Tipo de vivienda:

- 1) *Casa* _
- 2) *Apartamento* _
- 3) *Local adaptado* _
- 4) *Cuartería* _

- 5) *Bohío* _
- 6) *Improvisada* _
- 7) *Albergue* _

41. Área donde se encuentra la vivienda:

- 1) *Urbana* _
- 2) *Suburbana* _
- 3) *Rural* _

42. Composición habitacional:

- 1) *Número de habitaciones* _
- 2) *Número de familiares o conviventes* _

43. Estado de la vivienda:

- 1) *Bueno* _
- 2) *Regular* _
- 3) *Malo* _

44. Aspectos psicológicos del occiso:

- 1) *Ambicioso* _
- 2) *Satisfecho* _
- 3) *Apático* _
- 4) *Entusiasta* _
- 5) *Sensible* _
- 6) *Insensible* _
- 7) *Testarudo* _
- 8) *Flexible* _
- 9) *Agresivo* _
- 10) *Tímido* _
- 11) *Convencional* _
- 12) *Liberal* _
- 13) *Individualista* _
- 14) *Torpe* _
- 15) *Hábil* _
- 16) *Atrayente* _

- 17) *Repulsivo* _
- 18) *Circunspecto* _
- 19) *Fanfarrón* _
- 20) *Impulsivo* _
- 21) *Reflexivo* _
- 22) *Pasivo* _
- 23) *Taciturno* _
- 24) *Expansivo* _
- 25) *Plácido* _
- 26) *Estético* _
- 27) *Burdo* _
- 28) *Reservado* _
- 29) *Abierto* _
- 30) *Ingenuo* _
- 31) *Resuelto* _
- 32) *Titubeante* _
- 33) *Apartadizo* _
- 34) *Sociable* _
- 35) *Pudoroso* _
- 36) *Cínico* _
- 37) *Desconfiado* _
- 38) *Práctico* _
- 39) *Distraible* _
- 40) *Disciplinado* _
- 41) *Indisciplinado* _
- 42) *Astuto* _
- 43) *Evidente* _
- 44) *Intenso* _
- 45) *Reposado* _
- 46) *Dependiente* _
- 47) *Independiente* _
- 48) *Cálido* _
- 49) *Frío* _
- 50) *Seguro* _
- 51) *Inseguro* _

- 52) *Tolerante* _
- 53) *Dominante* _
- 54) *Autosuficiente* _
- 55) *Exigente* _
- 56) *Cumplidor* _
- 57) *Tranquilo* _
- 58) *Ansioso* _
- 59) *Meticuloso* _
- 60) *Teatral* _
- 61) *Mentiroso* _
- 62) *Activo* _
- 63) *Estable* _
- 64) *Inestable* _
- 65) *Evasivo* _
- 66) *Creativo* _
- 67) *Sugestionable* _
- 68) *Apasionado* _
- 69) *Razonable* _
- 70) *Esquemático* _
- 71) *Calculador* _
- 72) *Competitivo* _
- 73) *Soñador* _
- 74) *Excéntrico* _
- 75) *Optimista* _
- 76) *Pesimista* _
- 77) *Oportunista* _
- 78) *Extremista* _
- 79) *Sincero* _
- 80) *Audaz* _
- 81) *Valiente* _
- 82) *Cobarde* _
- 83) *Imaginativo* _
- 84) *Hostil* _
- 85) *Caprichoso* _
- 86) *Celoso* _

- 87) *Absorbente* _
- 88) *Posesivo* _
- 89) *Vengativo* _
- 90) *Apocado* _
- 91) *Rencoroso* _

45. ¿Cuáles eran los aspectos de mayor interés para él (ella)?:

- 1) *Laborales* _
- 2) *Familiares* _
- 3) *Morales* _
- 4) *Culturales* _
- 5) *Bienes materiales* _
- 6) *Religiosos* _
- 7) *Intelectuales* _
- 8) *Políticos* _
- 9) *Deportivos* _
- 10) *Recreativos* _
- 11) *Otros* _

46. Tratamientos recibidos:

- 1) *PSICOFÁRMACOS*: 1) *ansiolíticos* _ 2) *hipnóticos* _ 3) *antidepresivos* _ 4) *antiparkinsonianos* _ 5) *antipsicóticos* _ 6) *litio* _ 7) *anticonvulsivantes* _ 8) *estimulantes centrales* _ 9) *otros* _ (especifique.....)

47. Señales emitidas hasta 2 años antes:

- 1) *Verbalizaciones suicidas* _
- 2) *Comentarios pesimistas acerca del futuro* _
- 3) *Disminución del apoyo emocional a la familia* _
- 4) *Violencia física hacia la pareja* _
- 5) *Abatimiento* _
- 6) *Enfado* _
- 7) *Conducta retraída* _
- 8) *Reducción drástica del comer* _
- 9) *Desinterés sexual* _

- 10) *Hipersomnia* _
- 11) *Insomnio* _
- 12) *Abandono de posesiones materiales de elevado valor personal* _
- 13) *Regalos no habituales a amigos o parientes* _
- 14) *Descuido de sí mismo* _
- 15) *Abandono de indicaciones médicas* _
- 16) *Cansancio de la vida* _
- 17) *Disminución de autoestima* _
- 18) *Habitación al alcohol* _
- 19) *Habitación a drogas legales* _
- 20) *Habitación a drogas ilegales* _
- 21) *Expresión de sentimientos de culpa* _
- 22) *Expresión de sentimientos de soledad* _
- 23) *Expresión de sentimientos de injusticia no reparada* _
- 24) *Desesperanza* _
- 25) *Desinterés por las cosas que antes agradaban* _
- 26) *Irritabilidad* _
- 27) *Odio a sí mismo* _
- 28) *Odio a los demás* _
- 29) *Fantasías de encuentros en la eternidad con personas representativas fallecidas* _
- 30) *Preocupaciones hipocondríacas relacionadas con el cáncer* _
- 31) *Preocupaciones hipocondríacas relacionadas con el infarto de miocardio* _
- 32) *Sentimientos de incapacidad, inutilidad o incompetencia* _
- 33) *Intentos suicidas anteriores* _
- 34) *Expresiones admirativas para con un suicida* _
- 35) *Deterioro de la escala de valores* _
- 36) *Síndrome de deslizamiento* _
- 37) *Conducta mazoquista* _
- 38) *Automutilaciones* _
- 39) *Enfermedades fingidas* _
- 40) *Intervenciones quirúrgicas múltiples* _
- 41) *Accidentes provocados (búsqueda del peligro)* _

- 42) *Conducta antisocial* _
- 43) *Pérdida de motivaciones* _
- 44) *Visita al médico sin motivo aparente* _
- 45) *Visita al psiquiatra sin motivo aparente* _
- 46) *"Alterado"* _
- 47) *"Deprimido"* _
- 48) *"Desesperado"* _
- 49) *"Como ausente en las conversaciones"* _
- 50) *Carta de despedida* _
- 51) *Testamentos prematuros* _
- 52) *Conductas abiertamente provocativas de violencia*

48. Pérdidas recientes (menos de 1 año):

- 1) *Madre* _
- 2) *Padre* _
- 3) *Hermanos (1) (2) (3)* _
- 4) *Hijos (1) (2) (3)* _
- 5) *Cónyuge* _
- 6) *Otros familiares* _ (especifique)
- 7) *Otras* _ (especifique.....)

Relación con el autor o autores de su muerte:

- 1) *Cónyuge* _
- 2) *Amante* _
- 3) *Relación ocasional de pareja* _
- 4) *Padre* _
- 5) *Madre* _
- 6) *Hijo* _
- 7) *Hermano* _
- 8) *Cuñado* _
- 9) *Tío* _
- 10) *Primo* _
- 11) *Abuelo* _
- 12) *Nieto* _

- 13) *Otros familiares* _
- 14) *Conviviente no familiar* _
- 15) *Amigo* _
- 16) *Compañero de trabajo* _
- 17) *Compañero de religión* _
- 18) *"Socio"* _
- 19) *Compañero de prisión* _
- 20) *Cónyuge de su amante* _
- 21) *Amante de su cónyuge* _
- 22) *Vecino* _
- 23) *Relación de sociedad* _
- 24) *Relación por correspondencia* _
- 25) *Relación telefónica* _
- 26) *"Conocido"* _
- 27) *"Aventón"* _
- 28) *Ninguna* _

50. Lugar donde ocurre el hecho:

- 1) *En su casa* _
- 2) *En la casa del autor* _
- 3) *En otra casa* _
- 4) *En un hotel* _
- 5) *En un albergue* _
- 6) *En un centro de trabajo* _
- 7) *En un establecimiento público* _
- 8) *En la vía pública* _
- 9) *En un centro de recreación* _
- 10) *En un centro penitenciario* _
- 11) *En un lugar apartado* _
- 12) *En un punto de expendio de bebidas alcohólicas* _
- 13) *En un vehículo* _
- 14) *Otros* _ (especifique.....)

51. Horario de ocurrencia:

- 1) *Durante la mañana* _

- 2) *Durante la tarde* _
- 3) *Durante la noche* _
- 4) *Durante la madrugada* _

52. Presencia de terceras personas:

- 1) *Sí* _
- 2) *No* _

53. Ingestión de alcohol u otras sustancias por parte de la víctima previo a su muerte:

- 1) *Alcohol* _
- 2) *Psicofármacos* _
- 3) *Otras* _ (especifique.....)

54. La víctima portaba armas en el momento de su muerte:

- 1) *Arma blanca* _
- 2) *Arma de fuego* _
- 3) *Objeto contundente* _
- 4) *Otras* _ (especifique.....)

55. Medio utilizado por el victimario:

- 1) *Herida por arma blanca* _
- 2) *Herida por arma de fuego* _
- 3) *Estrangulación* _
- 4) *Sofocación* _
- 5) *Golpe con objeto contundente* _
- 6) *Fuego* _
- 7) *Golpiza con pseudoarmas* _
- 8) *Tóxicos* _
- 9) *Otros* _ (especifique.....)

56. Posibles motivaciones del hecho:

- 1) *ANTISOCIALES: 1) guapería* _ 2) *venganza* _ 3) *defensa del "honor"* _ 4) *cobro de deudas* _

- 2) *PASIONALES*: 1) *amor* _ 2) *odio* _ 3) *rencor* _
3) *MATERIALES*: 1) *vivienda* _ 2) *herencia* _ 3) *propiedades* _ 4)
posición (status) _ 5) *matador pagado* _
4) *OCULTAR OTRO DELITO*: 1) *robo* _ 2) *violación* _ 3) *otros* _ (*especifique*)
5) *IRRACIONALES*: 1) *enajenación* _ 2) *trastorno mental transitorio* _

57. Las relaciones víctima-victimario eran:

- 1) *AFINES*: 1) *armónicas* _ 2) *conflictivas* _
2) *Aversivas* _
3) *Neutras* _
4) *Ninguna* _

58. El victimario sentía por la víctima:

- 1) *Odio* _
2) *Amor* _
3) *Desprecio* _
4) *Miedo* _
5) *Ambigüedad* _
6) *Rencor* _
7) *Repugnancia* _
8) *Hostilidad* _
9) *Nada* _

59. En el momento de los hechos la víctima:

- 1) *Agredió verbalmente al victimario* _
2) *Agredió físicamente al victimario* _
3) *Se mantuvo pasiva* _
4) *Ofreció resistencia* _
5) *ESTABA BAJO LOS EFECTOS DE MEDICAMENTOS, DROGAS O ALCOHOL*: a) *ingeridos voluntariamente* _ b) *utilizados por el autor para facilitar el hecho* _

INSTRUCTIVO PARA LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA
(*utilizando el MAPI*)

Se entrevistarán familiares, convivientes o allegados de la persona fallecida, en forma independiente y lo más privada posible, preferentemente en su domicilio, a solas, explicando previamente el carácter confidencial de la investigación y haciendo hincapié en sus objetivos puramente científicos. Si el explorador lo considera necesario, ante dudas o contradicciones en la información ofrecida por las personas entrevistadas, utilizará tantas fuentes como estime conveniente, siempre que éstas cumplan el requisito de haber conocido de manera lo suficientemente íntima al occiso, que es en definitiva lo que garantiza la calidad de los datos recogidos y no simplemente el parentesco o convivencia. A continuación precisamos algunos aspectos del instrumento.

En todos los ítems se indicarán las respuestas brindadas por las fuentes colocando una cruz en el casillero correspondiente

PREGUNTA 10: Todos los jefes se incluyen como dirigentes (J' Departamento, J' Sección, J' Unidad, etc.), así como los cargos profesionales de dirección de las organizaciones políticas y de masas y los órganos de gobierno. Dentro de la categoría de militar se incluyen además de los oficiales y suboficiales los soldados que no sean del SMG y que perciban un salario como militares en actividad. Dentro de la categoría de desvinculado se incluyen todas aquellas personas que no tienen vínculo laboral, bien porque nunca lo han tenido (estando en edad laboral) o porque lo tuvieron y lo perdieron.

PREGUNTA 11: Se incluyen tanto los practicantes como los creyentes.

PREGUNTA 12: En la clasificación en trastornos psiquiátricos mayores y menores se siguen los criterios de la OMS.

PREGUNTA 13: Se consideran antecedentes delictivos aquellas conductas que puedan ser calificadas como contravenciones o que constituyen delitos sin que hayan conllevado proceso de instrucción, es decir que el individuo no ha sido encausado judicialmente, lo cual explica que no figuren como antecedentes penales. Para buscar estos elementos nos apoyamos en los instructores policiales e investigadores. Consideramos conductas antisociales aquellas que rompen con los patrones de conducta aceptados por nuestra sociedad (*ver pregunta 40*).

Entendemos por hechos de violencia: riñas, lesiones, abusos sexuales, homicidios, asesinatos, robo con violencia, robo con fuerza, amenaza y escándalo público, y se anotará la participación, sea cual fuere el rol desempeñado (víctima o victimario).

PREGUNTA 14: Se consideran drogas legales todas aquellas que se venden en el mercado farmacéutico (sedantes, estimulantes centrales, etc.) e ilegales aquellas cuya tenencia y tráfico están previstos y sancionados por la ley (marihuana, cocaína, heroína, etcétera).

PREGUNTA 18: El paréntesis que sigue a la sigla CAGE deberá dejarse en blanco para llenar *a posteriori* de la calificación de las preguntas que lo componen.

PREGUNTA 19 (funciones integrativas)

1) Perdió el conocimiento alguna vez? (no incluye pérdida de conocimiento consecutiva a traumatismo o procesos, así como tampoco las que fueron en vida interpretadas como hipoglíce-

mia o hipotensión arterial, es decir, el explorador va en busca de los equivalentes epilépticos): *sí _ no _ no sabe _*

2) Tuvo ataques con posterior pérdida de conocimiento? (pedir descripción del ataque, si existió relajación de esfínteres, emisión de saliva o traumatismos durante el mismo acompañando a las convulsiones; se marcará la respuesta positiva identificando al ataque epiléptico): *sí _ no _ no sabe _*

3) Tenía episodios de conducta automática? (incluir aquí el sonambulismo y aquellos actos que después de ejecutados el fallecido comentó que no habían sido conscientes, que no sabía el motivo por el cual lo hacía): *sí _ no _ no sabe _*

4) Le daban *crisis* de nervios? (pedir descripción de la crisis, si no existió relajación de esfínteres, emisión de saliva, traumatismos ni convulsiones y aconteció *a posteriori* de un conflicto o disgusto; se marcará la respuesta positiva identificando la crisis histérica): *sí _ no _ no sabe _*

5) Alguna vez estuvo como somnoliento, con dificultad para escuchar la voz de quienes le hablaban o para responder a estímulos táctiles como apretones de manos u hombros? (precisando que aunque con lentitud, respondía): *sí _ no _*

6) Ocurrió alguna vez que no le respondiera y usted lo viera como respondiendo a voces o figuras que no existían en el lugar?: *sí _ no _ no sabe _*

7) O en ese estado "quitarse" de arriba "bichos" quejándose de que "le caminaran" por su cuerpo?: *sí _ no _ no sabe _*

8) Alguna vez, acompañado a la falta de respuesta a su voz o gestos, estuvo especialmente alterado, excitado, desorganizado?: *sí _ no _ no sabe _*

9) Estuvo sin conocimiento por tiempo prolongado? (más de 4 horas) (incluir aquí el coma de cualquier etiología): *sí _ no _ no sabe _*

10) Usted lo observaba distraído?: *sí _ no _*

11) Lo observaba absorto, como ensimismado? *sí _ no _*

12) Se quejaba de dificultades con la memoria?: *sí _ no _ no sabe _*

13) Usted lo observó con dificultades para recordar hechos recientes?: *sí _ no _ no sabe _*

14) Para recordar hechos lejanos significativos?: *sí _ no _ no sabe _*

15) Comentaba recuerdos de hechos que realmente nunca acontecieron? (excluir de esta respuesta las mentiras que luego de expresadas y evidenciada su falsedad el sujeto admitía que su comentario no se ajustaba a la verdad): *sí _ no _ no sabe _*

16) Alguna vez se perdió por no saber donde estaba?: *sí _ no _ no sabe _*

17) Alguna vez se desorientó en el tiempo?: *sí _ no _ no sabe _*

18) Alguna vez no supo decir quién era?: *sí _ no _ no sabe _*

19) Usted lo consideraba una persona inteligente?: *sí _ no _ no sabe _*

PREGUNTA 20 (funcionamiento cognoscitivo)

1) Alguna vez lo vio y escuchó hablando solo?: *sí _ no _ no sabe _*

2) Alguna vez se quejó de sensaciones extrañas o imprecisas en sus órganos internos? (excluir las quejas somáticas que respondían a una dolencia real): *sí _ no _ no sabe _*

3) Alguna vez se quejó de ver cosas, animales o personas que no existían?: *sí _ no _ no sabe _*

4) A usted le parece que su lenguaje era más lento que habitualmente?: *sí _ no _ no sabe _*

5) A usted le parece que su lenguaje era más rápido que habitualmente?: *sí _ no _ no sabe _*

6) Hablaba cosas que no tenían relación unas con otras? (pedir ejemplos) *sí _ no _ no sabe _*

7) Hablaba de forma incoherente? _ (pedir ejemplos): *sí _ no _ no sabe _*

8) Era muy detallista al hablar?: *sí _ no _ no sabe _*

9) A veces se quedaba en blanco durante la conversación?: *sí _ no _ no sabe _*

10) Tenía alguna idea fija? Describirla (si la "idea fija" se acompañaba de algún acto motor identificarla como obsesiva): *sí _ no _ no sabe _*

- 11) Se culpaba de alguna cosa?: *sí _ no _ no sabe _*
- 12) Se reprochaba alguna cosa?: *sí _ no _ no sabe _*
- 13) Se sentía inútil, incapaz o inferior?: *sí _ no _ no sabe _*
- 14) Se quejaba de múltiples enfermedades o malestares? (excluir las quejas que se correspondían con enfermedades reales y demostradas): *sí _ no _ no sabe _*
- 15) Manifestaba que los demás hablaban de él sin existir una base real?: *sí _ no _ no sabe _*
- 16) Pensaba que alguien quería perjudicarlo o hacerle daño sin existir una base real?: *sí _ no _ no sabe _*
- 17) Se consideraba muy importante sin una base real?: *sí _ no _ no sabe _*
- 18) Hizo algún otro comentario que usted considera importante? (anotarlo al margen).

PREGUNTA 21 (funciones de relación)

- 1) Se consideraba enfermo de los nervios?: *sí _ no _ no sabe _*
- 2) Comprendía que estaba enfermo?: *sí _ no _ no sabe _*
- 3) Estaba satisfecho de ser como era?: *sí _ no _ no sabe _*
- 4) Sus relaciones eran generalmente armónicas?: *sí _ no _ no sabe _*
- 5) Era hipercrítico?: *sí _ no _ no sabe _*
- 6) Era pasivo?: *sí _ no _ no sabe _*
- 7) Era líder de los grupos?: *sí _ no _ no sabe _*
- 8) Evitaba el contacto social?: *sí _ no _ no sabe _*
- 9) Era agresivo en sus relaciones?: *sí _ no _ no sabe _*
- 10) Era inteligente?: *sí _ no _ no sabe _*
- 11) Era sociable?: *sí _ no _ no sabe _*
- 12) Era organizado?: *sí _ no _ no sabe _*
- 13) Era constructivo?: *sí _ no _ no sabe _*
- 14) Era indolente?: *sí _ no _ no sabe _*
- 15) Tenía intereses y motivaciones definidas?: *sí _ no _ no sabe _*
- 16) Tenía aspiraciones en la vida?: *sí _ no _ no sabe _*
- 17) Tenía posición filosófica definida?: *sí _ no _ no sabe _*

PREGUNTA 22 (funciones afectivas)

- 1) Se veía triste?: *sí _ no _ no sabe _*
- 2) Más triste que de costumbre?: *sí _ no _ no sabe _*
- 3) Estaba más alegre que de costumbre?: *sí _ no _ no sabe _*
- 4) Estaba de mal humor?: *sí _ no _ no sabe _*
- 5) Estaba nervioso?: *sí _ no _ no sabe _*
- 6) Se quejaba de odiar y amar a alguien o algo?: *sí _ no _ no sabe _*
- 7) Usted considera que sus sentimientos estaban en contradicción con sus manifestaciones y conducta?: *sí _ no _ no sabe _*
- 8) Nadie lo movilizaba afectivamente?: *sí _ no _ no sabe _*
- 9) Se mostraba algo frío con familiares, amigos o allegados?: *sí _ no _ no sabe _*
- 10) Era irritable?: *sí _ no _ no sabe _*
- 11) Cambiaba fácilmente de estado de ánimo?: *sí _ no _ no sabe _*

PREGUNTAS 23, 24, 25, 26, 27 Y 28 (funciones conativas)

- 1) Tenía pocos deseos de hacer sus actividades habituales?: *sí _ no _ no sabe _*
- 2) Manifestaba más deseos de hacer sus actividades de costumbre?: *sí _ no _ no sabe _*
- 3) Tenía poco apetito?: *sí _ no _ no sabe _*
- 4) Tenía más apetito que de costumbre?: *sí _ no _ no sabe _*
- 5) Tenía pocos deseos sexuales? *sí _ no _ no sabe _*
- 6) Tenía dificultades en la erección?: *sí _ no _ no sabe _*
- 7) Eyaculaba precozmente?: *sí _ no _ no sabe _*
- 8) Le costaba trabajo conciliar el sueño?: *sí _ no _ no sabe _*
- 9) Se despertaba a media noche con frecuencia?: *sí _ no _ no sabe _*
- 10) A veces no dormía?: *sí _ no _ no sabe _*
- 11) Se despertaba excesivamente temprano?: *sí _ no _ no sabe _*
- 12) Tenía pesadillas?: *sí _ no _ no sabe _*
- 13) Dormía por el día y se desvelaba por la noche?: *sí _ no _ no sabe _*

14) Usted lo veía más tranquilo que de costumbre?: *sí _ no _ no sabe _*

15) Usted lo veía más intranquilo que de costumbre?: *sí _ no _ no sabe _*

16) Tuvo alguna crisis de excitación? (pedir la descripción de la crisis): *sí _ no _ no sabe _*

17) Conductas impulsivas?: *sí _ no _ no sabe _*

18) Intentos suicidas anteriores?: *sí _ no _ no sabe _*

PREGUNTA 29: Se explora al unísono con la 20 en los trastornos del curso del pensamiento

5) Hablaba demasiado? : *sí _ no _ no sabe _*

PREGUNTA 30: Si hubiese elementos suficientes para una agrupación sindrómica se anotará la valoración de los hallazgos del examen psiquiátrico y su interpretación en el espacio a la derecha del *ítem*.

PREGUNTA 31: Si no existen elementos suficientes para un diagnóstico se hará la valoración diagnóstica sobre la base de los datos semiológicos recogidos.

PREGUNTA 32: Los conflictos consigo mismo se explorarán buscando la inconformidad del individuo con su forma de ser y sus interacciones con el medio, así como su autoestima y definición de su propia individualidad.

Las necesidades biológicas como área de conflicto se explorarán buscando enfermedades que limiten la satisfacción de las mismas, tales como: neoplasias, artritis o artrosis con limitación de movimientos, asma bronquial con crisis frecuentes, fundamentalmente *status* asmático, cardiopatías con limitación de esfuerzos por indicación médica, enfermedades digestivas crónicas con vómitos o diarreas frecuentes, etcétera.

Las necesidades sociales como áreas de conflicto se explorarán buscando insatisfacción en las mismas, como por ejemplo la

necesidad de reconocimiento no satisfecha de una persona con intereses artísticos o la limitación de las posibilidades de comunicación por factores geográficos o subculturales, la inconformidad con el entorno social y las manifestaciones de impotencia ante la imposibilidad de modificarlo, etcétera.

PREGUNTA 33: El rechazo al rol general se refiere por ejemplo a un individuo que desempeña sus funciones en una institución militar pero detesta ser militar, de forma general, sea en ésta o en otra institución, en ésta u otra función.

El rechazo al rol específico se refiere, tomando el ejemplo anterior, al individuo que rechaza sus funciones en el cargo específico, de manera tal que no le importa el hecho de ser civil o militar, sino el tener que clasificar documentos en una oficina durante 8 horas.

El conflicto de *status* viene por el *status* que tiene la persona y el que quisiera tener y su no coincidencia.

El conflicto entre rol y personalidad es el que surge cuando el individuo tiene que cumplir funciones para las cuales no tiene una personalidad idónea, por ejemplo, una persona básicamente esquizoide que debe funcionar como cuadro de dirección en una organización de masas.

La fricción del rol institucional se refiere a choques del individuo en el cumplimiento de sus funciones:

- *Ascendente:* con sus superiores.
- *Descendente:* con sus subordinados.
- *Horizontal:* con sus paraiguales.

PREGUNTA 34: Tomado de la investigación policial.

PREGUNTA 35: Los antecedentes penales serán facilitados por el instructor o el investigador judicial.

PREGUNTA 36: Se consideran hechos de violencia los mismos especificados en la pregunta 13.

PREGUNTA 37: Los antecedentes de menores serán recolectados por el instructor o el investigador policial a través del oficial de menores del área de procedencia del occiso; por supuesto, este dato no podrá obtenerse en aquellos cuya edad haga imposible su registro por estos órganos de atención y prevención, y así se comentará, exceptuando aquéllos cuya participación en hechos delictivos siendo menor se refiera por fuentes confiables a pesar de la edad del occiso.

PREGUNTA 38: Los antecedentes de estancia en prisión serán obtenidos por el instructor o investigador judicial.

PREGUNTA 39: Estos elementos se extraerán tanto de las entrevistas a las fuentes como de las investigaciones complementarias del expediente de fase preparatoria.

PREGUNTA 40: Se consideran suburbanas aquellas áreas donde faltan los servicios de acueducto y/o alcantarillado y las calles, aunque se encuentren territorialmente dentro de la ciudad, las que generalmente se corresponden con barrios marginales o periféricos.

PREGUNTA 43: El estado de la vivienda se evaluará sobre las siguientes bases:

- Estado de las instalaciones hidrosanitarias.
- Estado de las instalaciones eléctricas.
- Estado de las paredes.
- Estado del piso.
- Estado del mobiliario.

Si todos estos parámetros son óptimos la vivienda está en buen estado, si al menos 1 está en mal estado la vivienda está en regular estado, y si 2 de estos aspectos están en mal estado la vivienda está en mal estado.

PREGUNTA 44: La caracterización se apoya en la descripción fluida que hace la fuente y luego el explorador puntualiza determinados elementos a través de preguntas aclaratorias directas:

- *Dominante*: persona que desea siempre imponer su criterio y actúa en consecuencia.
- *Ambicioso*: se refiere al individuo que tiene ambiciones en la vida sean en el ámbito económico, social, profesional, religioso, político, etcétera.
- *Frío*: individuo que tiene poca sensibilidad ante los problemas ajenos e inclusive los propios, difícilmente movilizable afectivamente (*despegado, seco, distante*).
- *Calculador*: individuo que actúa siempre buscando una ganancia previamente calculada, bien sea económica, política, social; no deja nada a la espontaneidad.
- *Insensible*: falta de sensibilidad humana.
- *Despreocupado*: persona que se preocupa poco de sus problemas y mucho menos de los problemas de sus semejantes.
- *Individualista*: quien pone sus intereses por encima de los de su grupo social, familiar, laboral o religioso.
- *Agresivo*: con tendencia a responder de forma agresiva (verbal o extraverbal) en las relaciones interpersonales.
- *Terco*: individuo que persiste con tenacidad en sus criterios, deseos u opiniones, difícil de convencer por criterios diferentes a los suyos (aunque sean más razonables) (*testarudo, cabeziduro, obstinado, empecinado*).
- *Cínico*: individuo que se expresa (verbal o extraverbalmente) con insolencia y falta de respeto para con las normas sociales establecidas (*descarado, desvergonzado, provocativo*).
- *Inestable*: individuo que cambia fácilmente de intereses, criterios o motivaciones (*variable, poco serio*).
- *Celoso*: aquel que vive inquieto por la posibilidad de que alguien ocupe su lugar en la preferencia de su pareja, amigos o familia.

- *Competitivo*: aquel que vive pendiente de ser el mejor o de ser mejor que alguien con determinado rango social, político, profesional, económico o religioso.
- *Satisfecho*: aquel que vive conforme con su suerte, conforme de ser como es.
- *Apático*: aquel que no se entusiasma con nada, ni con los logros personales o colectivos.
- *Entusiasta*: individuo alegre y emprendedor de cualquier actividad.
- *Sensible*: persona con sensibilidad ante los problemas de los demás, capaz de conmoverse ante ellos.
- *Flexible*: persona capaz de contemporizar con los criterios y puntos de vista diferentes e inclusive opuestos a los suyos, haciendo concesiones o adaptándose a éstos.
- *Tímido*: individuo con dificultades en la comunicación, en las relaciones interpersonales (*callado, corto, penoso, introvertido, apartado*).
- *Convencional*: apegado a las tradiciones, conservador, respetuoso del orden y las normas establecidas.
- *Liberal*: poco convencional, muy poco conservador, enemigo de los prejuicios, de los tabúes y las tradiciones.
- *Torpe*: individuo poco hábil para las cosas y para las relaciones interpersonales (*tosco, burdo, corriente*).
- *Hábil*: individuo con facilidad para las relaciones interpersonales, para la vida social o para determinada actividad en la que se desenvuelve (*con chispa*).
- *Atrayente*: persona que llama la atención por su forma de ser, por su personalidad (*cautivador, encantador*).
- *Repulsivo*: individuo que provoca rechazo por sus características personales (*desagradable, repugnante*).
- *Circunspecto*: comedido, adecuado, reticente, prudente, muy cuidadoso de la discreción y del sentido del límite y la distancia en las relaciones interpersonales.
- *Fanfarrón*: quien hace alarde de lo que es, jactancioso, vanidoso (*hablador, parlanchín*).

- *Impulsivo*: individuo que se deja llevar por los impulsos, que actúa de forma irreflexiva y luego puede que se arrepienta e inclusive pida disculpas (*parten por la primera, se echan a correr*, sin medir consecuencias).
- *Reflexivo*: lo contrario de impulsivo; piensan muy bien las cosas antes de hacerlas.
- *Pasivo*: individuo que jamás toma la iniciativa en sus relaciones interpersonales; jamás toma la ofensiva.
- *Taciturno*: callado, de poco hablar, silencioso.
- *Expansivo*: hablador, con tendencia a hacer muchos amigos, a rodearse de gente, con muchas relaciones interpersonales.
- *Plácido*: quien todo le viene bien, siempre está de buen humor (*bonachón, noblote*).
- *Inquieto*: individuo que está en continuo movimiento, no se está tranquilo, tiene muchas inquietudes (*intranquilo, nervioso*).
- *Estético*: con buen gusto para las cosas, para los espacios que ocupa.
- *Burdo*: tosco, corriente, vulgar, falta de gusto, falta de estética, falta de clase, grosero.
- *Reservado*: individuo que habla poco de sus asuntos personales, callado, de poco hablar, introvertido.
- *Abierto*: individuo fácil en la comunicación, extrovertido, hablador (*un libro abierto, transparente*).
- *Ingenuo*: falta de maldad, falta de experiencia (*inocente, sano, noble*).
- *Resuelto*: similar a preciso, individuo de decisiones rápidas y bien definidas, emprendedor, decidido, seguro.
- *Titubeante*: con tendencia a la duda siempre, con muchas dificultades a la hora de tomar decisiones, inseguro, indeciso.
- *Apartadizo*: con tendencia a apartarse de los demás, a estar solo, poco sociable.
- *Sociable*: individuo con facilidades para hacer amigos, para las relaciones interpersonales, amistoso.
- *Pudoroso*: recatado, cuidadoso del pudor y las buenas costumbres.

- *Desconfiado*: suspicaz, con tendencia a desconfiar de todo y de todos, a la sospecha (*paranoide, sigiliado, gato*).
- *Práctico*: con tendencia a mirar siempre el lado práctico de la vida, objetivo, positivo, poco teórico.
- *Distraible*: el que se distrae con facilidad y se fija poco en los detalles (*distraído, espistado, entretenido*).
- *Disciplinado*: cumplidor de las normas de disciplina familiar, laboral, religiosa, política o social.
- *Indisciplinado*: aquel que no se ajusta a normas de disciplina familiar, laboral, religiosa, política o social, o las cumple con dificultad.
- *Astuto*: sagaz, con habilidad para engañar o evitar el engaño, ladino, taimado, habilidoso.
- *Evidente*: que su presencia no puede pasar por alto y su ausencia se nota.
- *Intenso*: similar a evidente; su presencia se impone, transmite una corriente de afectos — positivos o negativos— intensos.
- *Reposado*: pausado, tranquilo, apacible.
- *Dependiente*: incapaz de tomar decisiones por sí mismo, depende emocionalmente de alguien aunque ese alguien pueda variar en su historia vital.
- *Independiente*: capaz de tomar decisiones por su cuenta y de hacer su propia vida, sin *muletas* emocionales.
- *Cálido*: capaz de transmitir afecto, de provocar emociones.
- *Seguro*: aquel que confía en sus propias capacidades y habilidades, y es capaz de transmitir confianza a los demás por la seguridad en sí mismo.
- *Inseguro*: vacilante, dubitativo, incapaz de transmitir confianza a los demás puesto que no está seguro de sí mismo.
- *Tolerante*: similar a flexible, capaz de aceptar cambios en sus costumbres e inclusive opiniones y conductas opuestas a las suyas.
- *Autosuficiente*: quien hace gala de su propia suficiencia en cualquier esfera (laboral, política, profesional, personal).
- *Exigente*: quien exige mucho de los demás y de sí mismo, con

lo cual a menudo sus peticiones son tan elevadas que se ven insatisfechas.

- *Cumplidor*: el que gusta de quedar bien con sus compromisos sociales, familiares, laborales, políticos o religiosos, con un gran sentido del deber.
- *Ansioso*: similar a inquieto e intranquilo (*nervioso, hiperquinético*).
- *Meticuloso*: individuo muy preocupado por los detalles (*matraquilloso, quisquilloso, obsesivo*).
- *Teatral*: persona con tendencia a exagerar sus actos de forma que parecen *actuaciones teatrales, dramatiza* las situaciones de tal manera que se vivencian como artificiales por quienes las observan.
- *Mentiroso*: aquel que acostumbra a mentir aun en contra de sus propios intereses (*por el placer de hacerlo*).
- *Activo*: que siempre está en actividad, dinámico.
- *Estable*: con tendencia a la estabilidad, serio, que mantiene su línea de vida.
- *Evasivo*: que no se enfrenta a los problemas, los evade, huye de ellos con disímiles pretextos.
- *Creativo*: con iniciativas creadoras, *con chispa* para generar ideas nuevas.
- *Sugestionable*: impresionable, fácil de dominar por la voluntad de una personalidad más fuerte, inducible.
- *Apasionado*: que se deja llevar por las pasiones, la pasión domina la razón, dado a los excesos, con tendencia a fanatizarse por lo que ama, *obstinado* con lo que ama u odia, inclusive hasta *cegar* a evidencias razonables pero contrarias.
- *Razonable*: la razón predomina sobre la pasión, escucha razones y es capaz de variar un criterio si las razones son convincentes.
- *Esquemático*: sujeto a esquemas en su vida personal, laboral, social, profesional, *rígido*, poco flexible.
- *Soñador*: que vive *soñando*, esperando de la vida cosas ide-

ales, aunque sus posibilidades de logro sean remotas, idealista, *ingenuo, imaginativo*.

- *Escéptico*: quien no cree en nada que no tenga una evidencia material, que no espera mucho de la vida, incrédulo.
- *Optimista*: quien mira siempre el lado bueno de las cosas, de la gente, de la vida y vive con el principio de que todo puede resolverse si uno se lo propone; es la filosofía del triunfador.
- *Pesimista*: quien mira siempre el lado malo de las cosas, de la gente, de la vida y enfrenta las dificultades con el ánimo pre-dispuesto del perdedor.
- *Oportunista*: aquel que sacrifica los principios éticos o morales para adaptarse a las circunstancias del momento y vive *cazando* las *oportunidades* de escalar posiciones, ya sea en el ámbito político, económico, laboral, religioso, social o profesional.
- *Extremista*: quien asume siempre posiciones extremas ante cualquier situación, exagerado inclusive ante asuntos baladíes.
- *Sincero*: quien habitualmente dice lo que piensa sin disfraces, veraz, honesto, franco, *limpio*.
- *Audaz*: osado, atrevido, arriesgado, capaz de emprender acciones temerarias, que no tiene miedo de enfrentar cualquier situación.
- *Valiente*: fuerte, que no teme a nada, que enfrenta la vida sin temores.
- *Cobarde*: miedoso, pusilánime, que no se atreve a enfrentar las situaciones por miedo a las consecuencias, sin iniciativa.
- *Fantasioso*: imaginativo, con tendencia a fantasear, a imaginar cosas.
- *Caprichoso*: que actúa guiado por caprichos, *antojadizo, maniático, lunático*, que arrastra a los demás en función de sus caprichos.
- *Absorbente*: demandante de atención por parte de los que le rodean.
- *Posesivo*: similar a absorbente, que requiere de dedicación absoluta y establece que lo suyo es sólo suyo y de nadie más; ocupa todo el espacio emocional de los que le aman.

- *Vengativo*: con tendencia a pedir venganza, a buscar revancha, a no perdonar las ofensas y esperar el desquite.
- *Apocado*: poca cosa, endeble, débil, que se ahoga en un vaso de agua.
- *Rencoroso*: resentido, con tendencia a guardar rencor o resentimiento ante las ofensas; no las perdona, aunque no busca la venganza.

PREGUNTA 46: El explorador hará todo lo posible por entrevistar a los médicos u otros profesionales de la salud que indicaron los tratamientos.

PREGUNTA 47

- 1) Alguna vez habló de quitarse la vida?
- 2) Hacía con frecuencia comentarios pesimistas acerca del futuro que le esperaba? (ejemplo: ya mi vida no tiene sentido, no tengo por qué seguir viviendo, la vida no me depara nada, no tengo nada que esperar de la vida, etcétera).
- 3) Dejó de atender como de costumbre a la familia, de preocuparse por ella?
- 4) Agredió alguna vez a su pareja?
- 5) Usted lo vio especialmente abatido, apesadumbrado?
- 6) Lo vio especialmente enfadado, disgustado?
- 7) Lo observó especialmente retraído, ensimismado, como absorto?
- 8) Disminuyó ostensiblemente la cantidad de alimento que ingería?
- 9) Dejó de tener interés por la vida sexual?
- 10) Pasaba mucho tiempo durmiendo, mucho más que el acostumbrado?
- 11) Dejó de dormir como acostumbraba, le costaba trabajo dormirse, se despertaba excesivamente temprano o el sueño era muy breve?
- 12) Dejó de atender sus propiedades a las que antes dedicaba mucho tiempo (automóvil, vivienda, objetos de confort: aire acondicionado, vídeo, TV, grabadora, etcétera) ?

- 13) Le regaló objetos de valor material o sentimental a amigos o parientes sin ser ésa su costumbre y sin existir un acontecimiento significativo (aniversario, cumpleaños, etcétera)?
- 14) Dejó de arreglarse, descuidó su apariencia, su aseo, personal?
- 15) Dejó de tomar medicamentos indicados por el médico o incumplió restricciones dietéticas o sugerencias médicas en cuanto a su estilo de vida?
- 16) Comentó estar cansado de la vida?
- 17) Comentó no estimarse a sí mismo con frases tales como: yo no valgo nada, quién soy yo, qué he hecho en la vida?, soy un ser insignificante, indigno, despreciable, etcétera?
- 18) Comenzó a ingerir bebidas alcohólicas con una frecuencia desacostumbrada?
- 19) Comenzó a ingerir medicamentos no indicados por el médico o sobredosis de los que le habían sido indicados?
- 20) Comenzó a fumar marihuana, inhalar cocaína o alguna otra droga en cualesquiera de sus formas de consumo?
- 21) Se sentía culpable de alguna situación, o con respecto a alguna persona?
- 22) Se quejaba de sentirse solo, inclusive rodeado de personas, como quien tiene un vacío interior?
- 23) Comentó que no se hacía justicia con él, por ejemplo, que Dios tendría que hacer justicia?
- 24) Comentó haber perdido todas las esperanzas en el futuro, en la vida?
- 25) Perdió el interés por cosas que antes le agradaban (TV, música, cine, deportes, fiestas, paseos, visitas, ceremonias religiosas, etcétera)?
- 26) Se veía especialmente irritable, de mal genio?
- 27) Comentó odiarse a sí mismo, detestarse?
- 28) Comentó odiar a los que le rodean?
- 29) Comentó haber tenido sueños, ensoñaciones o fantasías de encuentros en la eternidad, en el más allá, con familiares o amigos fallecidos?

30) Comentó que sospechaba que tenía una enfermedad maligna (sin una base objetiva)?

31) Comentó temores de morir de un infarto cardíaco (sin ser cardiópata)?

32) Comentó sentirse incapaz, inútil o incompetente para su desenvolvimiento habitual (estuviere o no justificado su comentario)?

33) Había atentado antes contra su vida?

34) Había expresado admiración para con alguna persona que decidiera quitarse la vida?

35) Dejó de actuar o pensar en consecuencia con los valores previamente respetados por él? (por ejemplo, un religioso que deja de venerar sus deidades, un hijo ejemplar que deja de respetar a sus padres, un militante partidista que deja de respetar sus principios).

36) El síndrome de deslizamiento es el deslizarse suavemente hacia la muerte, dejar de comer, dejar de tomar los medicamentos, dejar de bañarse, dejar de ocuparse de sus quehaceres habituales, dejar de protegerse de las inclemencias del tiempo (lluvia, frío, viento, humedad). El explorador indagará en estos aspectos, este síndrome es más frecuente en la tercera edad.

37) Se comportaba como quien se complace en sufrir, como quien disfruta de hacerse daño moral o físico?

38) Se causó heridas, quemaduras u otras lesiones a sí mismo?

39) Fingía estar enfermo en ocasiones y luego se demostraba que no existía tal enfermedad?

40) Fue intervenido quirúrgicamente en más de una oportunidad aunque fuera por cirugía menor, en los últimos tiempos?

41) Se comportaba de forma arriesgada sin necesidad? (por ejemplo: tender ropa parada en la esquina de un alero, saltar de un techo a otro para coger una fruta pudiendo usar una escalera, ir colgado de un vehículo en marcha pudiendo ir dentro, etcétera).

42) Comenzó a reunirse con elementos antisociales, a frecuentar

lugares de dudosa reputación o asumir posiciones equívocas en cuanto a sus principios morales anteriores o a participar en actos delictivos (sin tener antecedentes)?

43) Dejó de motivarse por sus intereses y aspiraciones, como si nada le importara, como si nada le incentivara?

44) Visitó al médico sin una causa definida, por *sentirse mal* sin saber exactamente por qué?

45) Visitó al psiquiatra sin una causa específica, por *sentirse mal* sin saber por qué?

46) Lo vio *alterado*?

47) Lo vio *deprimido*?

48) Como *desesperado*?

(Las observaciones identificadas como 46, 47 y 48 deben partir espontáneamente de la fuente).

49) Se veía como *ausente* en las conversaciones, como *ido*, como *quien no está aquí*?

50) Dejó carta de despedida? (de ser posible leerla, habitualmente la policía la ocupa).

51) Hizo testamento sin estar enfermo? (o siendo muy joven para pensar en la muerte; de ser posible leerlo y entrevistar al abogado a quien recurrió el occiso para hacerlo).

52) Conductas verbales o extraverbales provocativas ante personas de quien podría esperarse una reacción violenta inclusive con riesgo para su vida. Por ejemplo: Y tú dices que me vas a matar?, tú no tienes valor, a ver márame...

Las señales emitidas se exploran de forma similar a la caracterización, se le pide que nos narre cualquier hecho, actitud o comentario que le hubiese hecho pensar que esta persona deseara quitarse la vida, dejar de vivir, una vez terminado el relato (después de marcar las señales identificadas) se procederá a hacer las preguntas correspondientes.

PREGUNTA 49: La palabra *socio* está empleada en el sentido de persona afín al occiso, sin que existiera precisamente amistad; muchas veces se diría: ellos siempre andaban juntos.

PREGUNTAS 50, 51, 52, 53, 54, 55 y 56: Estos datos serán extraídos del expediente medicolegal y policial.

Las posibles motivaciones serán establecidas teniendo en cuenta la entrevista con los autores (en los casos de autor conocido), el resultado de las investigaciones policiales y el propio resultado de la caracterización de la víctima, así como su participación dinámica en el hecho.

PREGUNTA 57: Llamamos relaciones afines aquellas que motivaban un tiempo considerable de interacción entre la víctima y el victimario (siempre andaban juntos), ya fueran éstas armónicas (se llevaban muy bien) o conflictivas (siempre estaban peleando). Las relaciones aversivas son aquéllas en las cuales víctima y victimario se repelían, apenas se trataban. En las neutras se conocían pero no se querían bien ni mal. El término *ninguna* es para los casos en los cuales víctima y victimario no se conocían previo al hecho, ni siquiera por referencias de terceras personas.

PREGUNTA 58: Estos sentimientos deben ser descritos por el victimario, en el caso de los sentimientos ambiguos se anotarán aquellos que no saben definir si amaban u odiaban, temían o despreciaban a la víctima o sentían un poco de todas estas emociones a veces contradictorias.

PREGUNTA 59: Estos elementos serán tomados del expediente de fase preparatoria y del expediente medicolegal.

Finalmente queremos aclarar que siempre la utilización del instrumento deberá ser precedida de un seminario-taller para entrenar a los exploradores en la aplicación del método.

INDICACIONES ÚTILES PARA LA APLICACIÓN DEL MÉTODO

Abordaje de los sobrevivientes: A todos los que nos hemos enfrentado a los sobrevivientes de una persona fallecida de muerte violenta nos han asaltado siempre las mismas preocupaciones, dadas en lo esencial por la certeza de que se trata de una pérdida inesperada, y precisamente por lo abrupta, la familia no está preparada psicológicamente para superarla.

La primera preocupación viene dada por la posibilidad de rechazo a nuestra presencia, pues sépase que en nuestra experiencia práctica resulta realmente insignificante el número de personas que rechazan la entrevista y los motivos por los cuales lo hacen están en relación con el manejo inadecuado de sus mecanismos de defensa, especialmente por un mecanismo neurótico de negación de la realidad, que a veces llega hasta a cuestionar la etiología medicolegal en casos groseramente evidentes e inclusive hasta a establecer denuncias sin elementos objetivos para que se demuestre que su familiar no falleció de la manera en la cual afirma Medicina Legal; por supuesto que en este contexto pretender que exista colaboración con los peritos forenses sería obviamente muy difícil.

Pero también resulta interesante conocer por qué la mayoría de los sobrevivientes aceptan la entrevista, pues los motivos varían en dependencia de la etiología medicolegal de la muerte.

Los sobrevivientes del suicida necesitan *exorcisar* la culpa, proyectarla sobre otros, liberarse del peso que supone el sentirse emocionalmente responsable; por eso tenemos que estar preparados para manejar con objetividad una información que puede estar muy permeada catatímicamente.

Los sobrevivientes de la víctima de homicidio son los más cooperadores, fundamentalmente en los casos en los cuales actuamos como peritos, porque nos perciben como parte del

mecanismo de administración de justicia y ven en su colaboración una posibilidad más de aprehender a los culpables. Sobre todo en crímenes de móvil pasional, la familia se muestra especialmente colaboradora en relación con las características de personalidad del fallecido que lo hacían vulnerable, inclusive hasta con comentarios tales como "es que él era muy difícil", "cuantas veces le dijimos que no siguiera esa relación, que iba a acabar mal, pero era muy terco", etcétera.

En nuestra experiencia los sobrevivientes de los fallecidos por accidente son los de más complejo abordaje; resulta muy difícil aceptar que el *azar* les tocara a ellos y no a otros. La muerte en sentido general es vista por el ser humano como algo que le acontece a otros, pero no a uno mismo, y el chocar con ella de esta manera tan imprevista y trágica es algo que muchas veces destroza los mecanismos de defensa de personas inclusive muy estables emocionalmente hasta ese momento; se trata de un verdadero evento *vital traumático*.

Los mecanismos de defensa de las familias de las víctimas de accidentes se mueven entre los de la familia del suicida (un poco culpables, quizás en el sentido de no haberlo previsto, existiendo la posibilidad, de no haberlo evitado) y los de la familia de la víctima de homicidio (reclamando justicia en los accidentes de tránsito, para que el culpable sea castigado).

De cualquier manera, el enfrentamiento a los sobrevivientes resulta difícil para el explorador, quien debe estar dotado de una exquisita sensibilidad humana que le permita colocarse en el lugar de ellos y manejar sus mecanismos de defensa con fino tacto y delicadeza, porque aunque es infrecuente el rechazo, sí es relativamente común una reticencia inicial a la entrevista, que va disminuyendo en la medida que logramos una buena comunicación y la persona se siente comprendida y apoyada.

Otra de las preocupaciones es la relativa al tiempo más apropiado para la entrevista, lo cual está en relación con la reacción de duelo y varía en dependencia del contexto socio-

cultural: En nuestra experiencia el duelo tiene una duración aproximada de 30 días. Al parecer, esto es inversamente proporcional al desarrollo socioeconómico y cultural: cuanto más atrasado es un pueblo, más arraigadas son las concepciones místico-religiosas en relación con la muerte y más prolongado es el tiempo de duelo.

El explorador tiene que ser muy respetuoso de las creencias religiosas de los sobrevivientes, aunque no las comparta, al punto de que si durante la entrevista se reverencian determinadas deidades debe hacerse una pausa en su exploración hasta que la persona se encuentre en condiciones de proseguir.

Principales mecanismos de defensa observados en los sobrevivientes:

- *Negación:* No puede ser cierto que se suicidara, debe haber sido un accidente o alguien lo mató. Este mecanismo es muy frecuente en los familiares de personas muy jóvenes fallecidas por suicidio.

- *Proyección:* Proyectando los sentimientos de culpa sobre otros familiares, por ejemplo: la culpa la tiene la mujer, que lo dejaba beber en exceso, si no fuera por eso ahora estaría aquí.

- *Racionalización:* Creando una falsa pero plausible explicación para lo ocurrido, por ejemplo: claro, no podía ser de otra manera, ese chofer venía borracho, por eso lo atropelló; cuando en realidad quien iba borracho era el que resultó occiso.

Tan importantes como los mecanismos de defensa de los sobrevivientes, son los nuestros, pues con frecuencia son nuestras propias defensas las que dificultan la comunicación y la obtención de una información útil. Entre los exploradores los mecanismos de defensa más frecuentes son:

- *Distanciamiento:* El explorador hace un alejamiento inconsciente (y a veces consciente) de la vivencia dolorosa cuyo estudio está abordando, con el objeto de protegerse de la identificación. Este mecanismo puede afectar la objetividad de la

técnica en el sentido de obviar detalles que pudieran resultar importantes, al no profundizar en la exploración para no involucrarse emocionalmente.

- *Proyección*: El explorador proyecta su angustia en relación con la muerte sobre los sobrevivientes. Este mecanismo debe ser identificado y neutralizado por el explorador para evitar que actúe potencializando o reactivando la reacción de duelo de los familiares.

Está claro que durante este proceso de entrevista a los sobrevivientes no podemos evitar ejercer acciones terapéuticas de posvención, aunque nuestro objetivo central sea pericial, pero resulta muy efectivo el contacto para detectar la existencia de cuadros depresivos o de otro tipo que conlleven riesgo suicida.

En este sentido vale la pena aclarar que, si bien para cumplir con las formalidades legales, debe estar presente la autoridad solicitante (sea el instructor policial o el fiscal), también lo es que nada se opone a que, al finalizar la exploración, le pidamos a las autoridades que nos dejen a solas con la persona por haber detectado determinados síntomas que requieren al menos de una psicoterapia inicial de apoyo.

Una vez realizada esta acción terapéutica inicial, le comunicamos al médico de la familia que tiene un paciente en riesgo suicida o con un cuadro psiquiátrico en crisis, que requiere intervención, con la correspondiente remisión a un servicio de urgencias psiquiátricas.

No debemos olvidar desde el inicio de la entrevista los aspectos éticos; es necesario que los familiares o allegados del occiso conozcan que nuestra intervención responde a una solicitud oficial de las autoridades, y que toda la información que aporte figurará en un dictamen, motivo por el cual en algún momento puede solicitársele su comparecencia ante el tribunal.

Se le explicará que esta información resulta imprescindible para conocer cómo era el occiso y qué elementos relacio-

nados con su personalidad o con su estado mental pudieron estar relacionados con la forma en que murió.

Éste es el momento para presentar al instructor policial o al fiscal que nos acompaña, de manera tal que al concluir la entrevista, si se aportó algún elemento que no figure en el expediente de la investigación, se pueda tomar declaración a la persona entrevistada. Esto quiere decir que la presencia de las autoridades sólo cumple el objetivo formal de legalizar la información aportada, pues queda claro que las fuentes no están obligadas por ley a decirle verdad al perito pero sí al fiscal o al instructor actuante.

Esta introducción explicativa a la persona entrevistada tiene sus peculiaridades en dependencia de si se trata de un suicidio, un homicidio, un accidente o una muerte equívoca, dudosa o por investigar.

Si se trata de un suicidio, se le explica a los sobrevivientes que es necesario profundizar en la personalidad y los conflictos del occiso para conocer las causas que lo llevaron a privarse de la vida. En los accidentes también debe enfocarse la búsqueda de conflictos que generaron *stress*, con la consiguiente disminución de la concentración y la afectación en la atención a la conducción del vehículo, o en la atención al momento de atravesar en calidad de peatón una vía transitada, etcétera.

Si se trata de un homicidio, pueden ser dos los objetivos:

- Conocer si el occiso presentaba algún trastorno mental que lo colocara en posición de indefensión.
- Conocer la personalidad y las áreas de conflicto del occiso que pudieron haber influido en su victimización.

En las muertes dudosas esa introducción explicativa es más simple; como quiera que no se ha podido establecer aún la forma en que murió su familiar (o amigo, o compañero, etc.), es necesario que se aporte la mayor cantidad de información posible que nos ayude a dilucidar el enigma.

Cuando nuestros objetivos están focalizados en la prevención, al no fungir ya como peritos, el asunto en cierta medida se simplifica, pues en primer lugar no tiene que estar presente ninguna autoridad; nos presentamos en calidad de psiquiatra o psicólogo del equipo de salud mental del área de salud y le explicamos a los sobrevivientes de la víctima que necesitamos conocer más a fondo a la persona que falleció, para ver si podemos evitar en el futuro que esto ocurra con otras personas, inclusive de su propia familia, en situaciones similares.

Claro que si bien en este sentido se simplifica, por otra parte se complejiza, pues una de las motivaciones fundamentales de los sobrevivientes, al menos de las víctimas de homicidio y de accidentes de tránsito, es que se haga justicia, y al médico de la comunidad no lo ven como parte del mecanismo de administración de justicia.

Desde el punto de vista terapéutico la responsabilidad de los colegas que se encargan de la atención primaria es mucho mayor, pues una vez detectados signos de alarma suicida o de un trastorno mental importante tienen que asumirlo como lo que es: una urgencia psiquiátrica, garantizando que se cumplan las normas de tratamiento, comenzando por su remisión a un servicio de guardia de psiquiatría.

Dicha responsabilidad no termina con la remisión, inclusive cuando acompañen al paciente hasta la unidad hospitalaria, sino que tienen que seguir su evolución al egreso, dispensarizarlo y estar alerta en cuanto a la aparición de otros cuadros similares en otros sobrevivientes, pues al menos durante el primer año, toda la familia debe ser tratada como familia en riesgo.

Requisitos para la selección de las fuentes de información que deben ser exploradas para la conformación de la autopsia psicológica con fines periciales:

- Deben ser personas cercanas al fallecido, no necesariamente por vínculos de consanguinidad, sino fundamental-

mente de convivencia o intimidad, pues con cierta frecuencia la familia desconoce muchos elementos importantes de la vida y forma de pensar y actuar del occiso, que por ejemplo un amigo, un amante o un ex-amante dominan a la perfección.

- Deben ser previamente consultadas con los investigadores policiales para evitar la contaminación del proceso investigativo y descartar que las personas que vamos a abordar puedan figurar en el círculo de sospechosos de la investigación criminal, en los casos de homicidios y muertes dudosas o equívocas.

- Las presuntas *fuentes neutras* siempre deben ser entrevistadas (una vez cerciorados de que no se encuentran ni siquiera indirectamente involucrados en el círculo de sospechosos); en esta categoría caen el *barman*, el bodeguero, el pistero o expedidor de combustible de los servicentros, la peluquera, el barbero, la manicura, la modista, el sastre, etc., por ser personas que interactúan con todos sus clientes y éstos permanecen en muchos de estos sitios (bares, peluquerías, sastrerías, etc.), por varias horas, con la consiguiente oportunidad de hablar de asuntos íntimos o confidenciales.

- Los médicos de familia, médicos de asistencia de cualquier especialidad, especialmente psiquiatras, miembros del equipo de salud mental (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, enfermera, médicos de Medicina General Integral), deben ser entrevistados fundamentalmente en función de una visión técnica del occiso en vida, que resulta de capital importancia en víctimas de homicidio en las cuales se solicita el estado mental con el objeto de tipificar el asesinato sobre la base del estado de enajenación del finado.

Debemos enfatizar en la necesidad de una correcta selección de las fuentes, porque de ello depende la calidad y objetividad de la información obtenida y en definitiva la confiabilidad de nuestros resultados.

Acerca de la recogida de información referente a los aspectos sociodemográficos e historia sociofamiliar, en la aplicación

pericial del método: En relación con estos aspectos debemos priorizar las fuentes policiales en cuanto a nombre legalmente reconocido, fecha y lugar de nacimiento; sin embargo, por ejemplo, los datos de la dirección es necesario verificarlos con los familiares y personas cercanas al occiso, pues muchas veces la dirección que aparece en los documentos de identidad no se corresponde con el lugar donde realmente residía y esto puede ser sumamente importante, tanto para la selección de las fuentes de información más adecuadas como para la detección de cambios en el entorno que pudieran significar puntos conflictuales.

El antecedente de haber vivido en un área urbana, suburbana o rural, habitualmente es aportado por los familiares y amigos cercanos, y resulta de interés para la evaluación de fenómenos transculturales, con la consiguiente importación de estilo de vida, patrones de comportamiento violento y conflictos de identidad. Esto es válido tanto para el antecedente de haber vivido en el extranjero como para el de haberlo hecho en otra región del propio país, donde existan diferencias socioculturales importantes; por ejemplo, en muchos países de Centroamérica, al trasladarnos de una provincia a otra nos parece estar en un país distinto, por la conservación de asentamientos indígenas con su lengua original y sus costumbres precolombinas, paralelamente al florecimiento de ciudades al estilo occidental.

El grupo racial se toma del expediente medicolegal, pues nadie mejor que el médico legista para su correcta evaluación, dados sus conocimientos de antropología.

Con el estado conyugal ocurre algo similar a la dirección; aunque tomemos el dato de sus documentos oficiales, siempre es necesario verificarlo con la familia y seres más allegados, pues muchas veces, en la práctica la persona no tiene el vínculo marital y a nosotros lo que nos hace falta evaluar es el estado conyugal real, no el estado civil documental. Se trata de conocer la condición de soledad o compañía de pareja, e inclu-

sive en el sentido de varias relaciones que pudieran incidir conflictualmente en la estabilidad emocional de quien resultara occiso.

La misma situación se repite en relación con la ocupación; a veces, la que aparece en los documentos oficiales ya no es la que tenía el occiso en el momento de su muerte, o además de esa ocupación *oficial*, tenía otra no declarada y que sólo nos pueden ofrecer las personas muy cercanas a él y que resulta muy importante, porque supone en primer lugar una entrada muchas veces ilícita de dinero con la consiguiente posibilidad de enemigos, y en segundo lugar un *stress* generado por la duplicidad o multiplicidad de funciones u ocupaciones.

La escolaridad habitualmente es aportada por la familia, y en el caso de que no pudiéramos ubicar familiares cercanos, podemos entrevistar amigos o compañeros de estudio que conozcan su historia académica.

Un acápite en el cual necesitamos entrevistar las fuentes más cercanas porque raramente la información sale por documentos oficiales (fundamentalmente en las religiones sincréticas afrocubanas, pues en las cristianas sí existe documentación accesible a la revisión), es el relativo a las creencias religiosas. Aquí debemos aclarar que se recoge tanto el dato de si era practicante como si era creyente. Y es un elemento importante por varias razones; por ejemplo, estadísticamente los católicos se suicidan poco porque sus principios religiosos suponen un factor de contención ¹; si estamos trabajando en una muerte dudosa, consignar que era católico pudiera ser un elemento en contra de la hipótesis suicida. De manera contraria, las religiones sincréticas de origen africano se han vinculado muchas veces a actos violentos, inclusive homicidas ².

¹ García Pérez, T. et al., *Caracterización actual del suicidio en Cuba*, Revista Noticia, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, 2004.

² García Pérez, T., y Rojas López, R., *Contenido esencial mínimo del diplomado en investigación de homicidios*, CID, Villa Clara, Cuba, 2005.

La historia sociofamiliar debe ser tomada no sólo de fuentes familiares, sino también de fuentes *neutras*, pues muchas veces la familia oculta información que pudiera dañar la *imagen familiar*, como es, por ejemplo, que alguno de sus miembros haya estado involucrado en problemas judiciales que quizá puedan tener relación con la muerte que estamos investigando. Y aunque se supone que la policía debe conocer este antecedente, no siempre es de este modo, pues en ocasiones se trata de alguien que está en otra provincia, que abandonó el país, etcétera.

Lo mismo ocurre con el antecedente de fallecidos por muerte violenta en la familia; muchas veces se oculta la existencia de un suicida, bien por motivos religiosos, bien porque les avergüenza tenerlo en el árbol genealógico. En el caso de fallecidos por homicidio, en ocasiones se oculta por estar vinculado el hecho a problemas morales, y en estos casos, de manera especial debemos profundizar, pues al menos hipotéticamente pudieran resultar factores crimino-impelentes³.

La existencia de enfermos mentales en la familia también es considerada *tabú*; muchas personas se abochornan de tener un familiar retrasado mental, esquizofrénico, epiléptico o demente, y este antecedente resulta de gran interés para nosotros, pues es conocidísimo el hecho de que las enfermedades mentales tienen un componente heredo-familiar⁴ que no podemos desconocer como posibilidad en su transmisión al occiso.

Acerca de la recogida de información referente a los antecedentes patológicos personales: En este acápite debemos ser muy cuidadosos, puesto que la literatura recoge la importancia de ciertos antecedentes en el origen de determinadas conductas violentas; por ejemplo, las conductas auto y heteroagresivas aparecen con frecuencia vinculadas a insultos al sistema

³ Rodríguez Manzanera, L., *Criminología*, citado.

⁴ Mitterauer, B., *Zur rolle...*, citado.

nervioso central⁵, ya sean perinatales (por malos procedimientos obstétricos, partos instrumentados, sufrimiento fetal por hipoxia, etc.), infecciosos (meningoencefalitis, septicemia con toma central, etc.), o traumáticos posnatales (traumatismos craneoencefálicos habitualmente con pérdida de la conciencia), pero especialmente se vinculan a los antecedentes peri y posnatales traumáticos e hipóxicos, sustentando la causalidad en el daño cerebral irreversible que ocasiona descontrol de impulsos en la adultez; estos mecanismos son vistos tanto en suicidas como en víctimas de homicidio y accidente.

Los trastornos psiquiátricos mayores (en especial la depresión), se relacionan fundamentalmente con el suicidio⁶, mientras que los menores se relacionan más con los accidentes viales al determinar falta de concentración en la conducción⁷; estos elementos pueden ser importantes a la hora de evaluar longitudinalmente al occiso y establecer probabilidades basadas en riesgos.

Este dato de los antecedentes de trastornos psiquiátricos es necesario precisarlo bien con la familia o las personas más cercanas al occiso, en el sentido de poder delimitar si alguna vez estuvo psicótico y establecer criterios evolutivos que son muy conocidos y predictibles, tales como las crisis maníacas o depresivas de los trastornos bipolares⁸, y vincularlos al estado mental en el momento de la muerte.

Por tal motivo es que cuando alguna fuente afirma que el occiso presentaba trastornos psiquiátricos, es imprescindible pedirle que nos describa en qué consistían ellos: ¿qué hacía?

⁵ Kolata, G. B., *Behavioral...*, cit.; Jacobson, B. et al., *Perinatal...*, cit.; Lerer, L. B., *Women...*, citado.

⁶ Sainsbury, P., *Depression...*, cit.; Berglund, M. et al., *Mortality in severe depression...*, citado.

⁷ Blanchard, E. B.; Hickling, E. J.; Taylor, A. E., y Loss, W., *Psychiatric...*, cit.; Simon, F., y Corbett, C., *Road...*, citado.

⁸ Berglund, M. et al., *Mortality in severe depression...*, cit.; Jamison, K. R., *Suicide...*, cit.; Mitterauer, B., *Zur rolle...*, citado.

¿qué decía?, ¿por qué usted se dio cuenta?, pues muchas veces en el vecindario a algún individuo le llaman *el loco*; sin embargo, ello no tiene nada que ver con la locura, sino que se trata de un sujeto un tanto hiperkinético o ansioso.

Por supuesto que lo ideal es contar con fuentes profesionales, ya sean personales (que puedan ser entrevistadas) o documentales (historias clínicas ambulatorias u hospitalarias, informes psicométricos, informes de chequeos pre-empleo o pre-reclutamiento militar, dictámenes de peritajes laborales o forenses, etc.), pero en un buen número de casos ello no es posible, muchas veces porque, a pesar de aquejar síntomas, no demandaron asistencia médica, lo cual ocurre con más frecuencia en medios subculturales.

El diagnóstico de epilepsia debe ser cuidadosamente explorado, pues existe la tendencia popular a hablar de *ataques*; incluyendo los epilépticos y los histéricos, tenemos que precisar las características de la caída, de las presuntas convulsiones, si se producía o no relajación de esfínteres o mordedura de la lengua o los carrillos, si existía una pérdida total del *conocimiento* (de la conciencia), o si la persona se mantenía hablando o gritando y respondía a algunas preguntas o comentarios. Y lo más importante: si el comienzo de los ataques se relacionaba con algún disgusto, discusión o contratiempo y su mejoría con la solución de tales conflictos, por ejemplo: los ataques le dieron cuando el esposo la abandonó y le dejaron de dar cuando él le prometió retornar a casa; en este caso nos estarían describiendo lo clásico de las crisis disociativas histéricas, a menos que conjuntamente tuviera una relajación de esfínteres y lesiones traumáticas, pues entonces habría que valorar la posibilidad de una histero-epilepsia.

Los antecedentes de diabetes e hipertensión arterial resultan importantes como sustento evolutivo de cambios cognitivos que pudieran estar en relación con ateromatosis; lo ideal es confirmar el diagnóstico con el médico de la familia, pero si esto no resulta posible debe preguntarse al menos con qué fre-

cuencia hacía cifras tensionales elevadas que motivaran su asistencia a un servicio de urgencias médicas.

La historia de accidentes automovilísticos, del trabajo o del hogar, debe ser cuidadosamente explorada buscando qué tan cierto es que fueran accidentes o si pudieron ser autoprovocados, como está descrito en los suicidas.

Acerca de la recogida de información referente a los hábitos tóxicos: Se trata de uno de los aspectos más relevantes a tener en cuenta en la exploración; la relevancia le viene dada por la asociación estadísticamente significativa entre el consumo de sustancias tóxicas y las muertes violentas⁹.

El alcohol está fuertemente asociado al suicidio¹⁰, interpretándose esta asociación —sobre la base de las autopsias psicológicas de los suicidas— en relación con la depresión que aparece por lo general después de un período de pérdida de nexos afectivos significativos (pareja, amigos, alejamiento de la familia nuclear), que se produce esencialmente por el rechazo que causa el consumo abusivo. Sobreviene en el alcohólico no sólo este tipo de pérdidas, sino también la del empleo, la del *status* social, la quiebra económica y finalmente la pérdida del sentido de su existencia.

Pero existe otra asociación del alcohol al suicidio y es la de la *dosis de valor* o *dosis de coraje*¹¹; se trata de individuos que no son necesariamente alcohólicos, y que utilizan el alcohol previo al acto suicida para *aturdir los sentidos* y dar el último paso; por lo general son personas deprimidas, muchas veces reactivas a conflictos crónicos que se agudizan y destru-

⁹ Goodman, R. et al., *Alcohol...*, cit.; Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, cit.; Parker, D., y West, R.; Stradling, S., y Manstead, A. S., *Behavioural...*, citado.

¹⁰ Berglund, M., *Suicide in alcoholism. A prospective study of 88 suicides...*, cit.; Terroba Garza, G. et al., *El consumo...*, citado.

¹¹ Firestone, R. W. et al., *Microsuicide...*, citado.

yen los pocos mecanismos de defensa útiles que quedaban después de un largo período de desgaste neurótico.

Las víctimas de homicidio también, con mucha frecuencia¹², son consumidores abusivos de alcohol; en una buena parte de los casos este tóxico actúa como factor crimino-impelente¹³; al realizar las autopsias psicológicas vemos que longitudinalmente, a medida que el consumo va *in crescendo*, los individuos se tornan más irascibles, más intolerantes, más agresivos, lo cual tiene una explicación biológica dada por el daño progresivo sobre el sistema nervioso central¹⁴ y una repercusión nefasta en las relaciones interpersonales que en buena medida tiene que ver con la criminodinámica de su propia victimización.

Ya en el momento de los hechos el alcohol puede cumplir varios roles, en dependencia de la fase de la embriaguez en la cual se encuentre la víctima; hay una fase inicial durante la cual el sujeto se torna locuaz y amistoso, esto lo lleva a conductas imprudentes, se toma un trago con cualquier desconocido, quiere enamorar a cualquier mujer, inclusive a la mujer del amigo, quiere bailar con el primero que le pase por delante, etcétera.

Luego, tanto por los efectos del tóxico como por el rechazo que produce en los que no están ebrios, comienza un período de irritabilidad y agresividad que es el más peligroso, pues aquí no se puede predecir quién resultará víctima y quién victimario; no es casual el reporte de que en más de la mitad de los casos víctima y victimario han estado bebiendo en las inmediaciones del crimen¹⁵, y en la mayor parte de ellos los roles resultan totalmente fortuitos e intercambiables: quien termina muerto pudo ser el homicida y quien termina matando pudo haber sido muerto¹⁶.

¹² Lerer, L. B., *Women...*, cit.; Roslund, B., and Larson, C. A., *Crimes...*, cit.; Lester, D., *Alcohol...*, citado.

¹³ Rodríguez Manzanera, L., *Criminología*, citado.

¹⁴ Serfaty, E. M., *Violencia...*, citado.

¹⁵ Lester, D., *Alcohol...*, citado.

¹⁶ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

Continúa un período de enlentecimiento y embotamiento perceptual durante el cual el individuo resulta fácilmente victimizable por la pérdida de capacidad de defensa, aunque en sentido general, desde la familiaridad excesiva hasta el estado de coma, el alcohólico es la víctima ideal ¹⁷, ya sea por la proximidad agobiante o por la beligerancia —que lo hacen víctima provocadora— como por el paso al estado de indefensión.

La asociación con los accidentes de tránsito es hartamente conocida, vinculada a la disminución de la capacidad perceptual cuya indemnidad resulta imprescindible tanto para conducir como para deambular en la vía ¹⁸. También se asocia a los accidentes del hogar y del trabajo, estos últimos por incumplimiento de las normas establecidas y en todos los casos por pérdida de la capacidad de previsión y de la posibilidad de calcular objetivamente el riesgo.

En relación con las drogas de expendio legal —en especial los psicofármacos— cabe señalar que han sido asociadas al suicidio, y los medicamentos de efecto analgésico a los accidentes viales ¹⁹, y en menor medida se han encontrado en víctimas de homicidio.

Lo inverso ocurre con las drogas ilegales; su hallazgo es más frecuente en las víctimas de homicidio, vinculadas a medios disociales o antisociales y asociadas al consumo de alcohol. En determinados homicidios el efecto de ciertos estimulantes centrales puede ser el factor crimino-impelente fundamental al desencadenar reacciones de violencia ante estímulos prácticamente insignificantes.

Si hemos hecho todo este preámbulo en relación con los mecanismos por los cuales se asocia el consumo de sustancias

¹⁷ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

¹⁸ Wyss, D. et al., *Characteristics of 167 consecutive traffic accident victims with special reference to alcohol intoxication, a prospective study*, *Soz. Präventmed*, 1990, 35(3):108-16.

¹⁹ Heshner, G. B., *The influence...*, citado.

tóxicas a las muertes violentas, es precisamente para motivar que la exploración de este *ítem* se realice con la mayor minuciosidad, precisando la frecuencia de consumo y cada una de las preguntas que componen el CAGE-CID, instrumento de pesquizaje de bebedores problema de muy fácil aplicación y reconocida sensibilidad ²⁰.

En nuestra experiencia, muchas veces los diagnósticos de alcoholismo y psicosis alcohólica en un fallecido se han logrado gracias a la correcta aplicación de esta metodología, pues los estudios toxicológicos no siempre son posibles, bien sea porque se trata de un cadáver ya putrefacto o de restos óseos, bien sea porque la víctima recibió asistencia médica con estadía hospitalaria.

Y en tales casos las últimas personas que lo vieron con vida pueden describir un cuadro de excitación psicomotriz que resulta inexplicable semiológicamente si no se tiene establecido que se trata de un consumidor abusivo de alcohol y/o drogas.

Acerca de la exploración del estado mental antes y en el momento de la muerte: Éste pudiera temerse como el más difícil de todos los acápites a explorar, y de este modo fue como lo pensamos nosotros cuando empezamos a validar el MAPI. En función de ello, y para nuestra tranquilidad, al margen de las diferencias de las escuelas de psiquiatría, el instructivo adjunto que se incluye garantiza la uniformidad de la exploración y la uniformidad de la interpretación.

Siempre es necesario un preámbulo al llegar a este aspecto; tómese en cuenta que de alguna manera vamos a entrar a cuestionar la sanidad mental del fallecido, con la posible carga estigmatizante que supone que lleguemos a la conclusión de que se trataba de un enajenado mental.

²⁰ González Menéndez, R., *Los cuestionarios...*, citado.

Este preámbulo difiere en dependencia del tipo de muerte violenta y de los objetivos de la autopsia psicológica, si se quiere precisar la etiología medicolegal, si se quiere establecer la condición de indefensión en la víctima de homicidio para demostrar que el victimario se aprovechó de tal ventaja, si se quiere demostrar que era una víctima provocadora, con la consiguiente posibilidad de atenuación de la sanción a solicitar para el victimario.

Vamos a tratar de plantearnos todas las posibilidades:

- *En los casos de muertes dudosas:* “Señor(a), vamos a hablar ahora de un aspecto de suma importancia, es acerca de cómo estaba su familiar (amigo, compañero, etc.) en los días previos a su muerte, si usted notó algún cambio en su estado de ánimo, en su forma de comportarse, etc. Nosotros necesitamos conocer estos detalles, pues aún no hemos arribado a conclusiones acerca de la forma en que murió y esto pudiera ser un elemento valioso”. Acto seguido le damos la palabra y escuchamos detenidamente su descripción, a medida que vamos identificando síntomas los vamos anotando y al final dirigimos las preguntas que sean necesarias (dentro de las que establece el instructivo) para completar el examen psiquiátrico.

- *En los casos donde se conoce con total certeza que se trata de un homicidio, pero se requiere precisar el estado mental de la víctima:* “Señor(a), vamos ahora a detenernos en un aspecto de medular importancia para la investigación del crimen del cual fuera víctima su familiar (amigo, etc.); se trata de que usted nos diga si notó algún cambio en su forma habitual de ser, algo que le llamara la atención, en los días previos a su muerte”. Igualmente le damos la palabra a la persona y escuchamos detenidamente su descripción; si existe una información previa, procedente de la investigación policial, donde se hable de determinados trastornos mentales, buscamos las

preguntas dirigidas a tales síntomas. Si no tuviéramos respuestas positivas finalmente hacemos una pregunta en los siguientes términos: ¿es cierto que su familiar en algún momento estuvo muy mal de los nervios? Si la respuesta es positiva le pedimos que nos precise en qué momento y que nos describa en qué consistió el problema, y hasta donde pueda recordar, si tuvo relación con alguna situación personal, familiar o laboral. Si la respuesta es negativa nos vemos en la necesidad de manejar el presunto diagnóstico con la fuente, en términos tales como: “pero según tengo entendido, alguien dijo que su familiar era esquizofrénico, ¿qué me puede decir de eso?”. Como se darán cuenta, en estos casos es necesario llevar hasta las últimas consecuencias la exploración, puesto que se exige una valoración diagnóstica con la consiguiente interpretación medicolegal y jurídica, y para el ejercicio diagnóstico resulta imprescindible la visión longitudinal del occiso, la cual debe llevarse al menos hasta 6 meses antes de la muerte, que es el mínimo que se requiere para afirmar que una persona tiene un trastorno psiquiátrico mayor, de acuerdo con los criterios de la clasificación internacional de enfermedades.

- *En los casos con repercusión en el fuero civil:* “Señor(a), vamos a tratar de precisar con usted si su familiar tuvo algún tipo de cambio en su forma habitual de comportarse en los últimos tiempos, esto es importante para conocer si estaba o no en su sano juicio en el momento en que cursó los trámites legales que se están valorando”. Acto seguido se dirigirán las preguntas del examen psiquiátrico precisando siempre desde cuándo lo notaba de esa manera, pues en los casos civiles lo que resulta necesario no es establecer el estado mental en el momento de su muerte, sino en el momento en que firmó determinados documentos legales.

- *En los casos que se hace con fines preventivos para establecer factores de riesgo y población vulnerable en determinada*

área de salud: "Señor(a), yo soy el psiquiatra (o psicólogo) de su área de salud; nos ha preocupado mucho esta lamentable muerte y quisiéramos que usted nos dijera cómo lo veía en los días previos, si notó algo fuera de lo común, de lo normal en su forma de ser o de actuar".

Un detalle que no debemos descuidar es el adecuarnos al contexto cultural y conocer los términos con los cuales son identificados determinados síntomas; por ejemplo, en algunos países del Caribe *tener cara de acontecimiento* o estar *cariacontecido*, significa tener cara de tristeza; en algunas regiones de Cuba también se le llama *estar alicaído*.

En este sentido también resulta imprescindible adecuarnos al nivel de la fuente; no es lo mismo preguntarle sobre cambios emocionales o conductuales a un campesino, a un indígena, que a un médico; muchas veces transmiten más información gestual o extraverbal que verbal. Si además, la persona que estamos entrevistando habla otro idioma o dialecto, entonces esta información extraverbal se convierte en esencial, independientemente de la traducción que formalmente nos estén haciendo.

A veces tenemos la oportunidad de que nos muestren fotografías recientes del occiso, lo cual resulta un elemento importante para evaluar si en vida aparentaba su edad cronológica; si su facies denotaba ansiedad, tristeza, desajuste emocional; si la postura indicaba indolencia, cansancio, abatimiento; si estaba aseado; si se trataba de una mujer, si estaba maquillada, peinada, cuidada de su apariencia. Por supuesto que esta evaluación se aproxima más a la realidad si la fotografía fue tomada de forma espontánea o sorpresiva, en el estado habitual de la persona.

Otro indicador indirecto del estado mental es la escritura; si existen manuscritos recientes del fallecido, inclusive si se trata de documentos mecanografiados o impresos, ya que por el análisis de contenido podemos identificar alteraciones de la vida psíquica.

Lo mismo ocurre con la música: qué tipo de música escuchaba; tanto el análisis del ritmo como el mensaje o la letra, resultan de importancia; tan es así, que en algunos casos este elemento puede aportar una aproximación a la motivación de un suicidio o al móvil de un homicidio.

Por nuestra experiencia en este tipo de trabajo, siempre aconsejamos concurrir al lugar del suceso, ver por sus propios ojos los espacios donde se movió la víctima en sus últimas horas. Si además (como ocurre con frecuencia) la escena de la muerte se corresponde con el domicilio del occiso, esta inspección ocular adquiere especial relevancia; existen elementos propios del modo de vida de un enajenado mental: el descuido, el desorden, la falta de vida en el entorno, sólo resultan evaluables acudiendo al lugar, o de no ser esto posible, estudiando el vídeo del levantamiento del cadáver.

En los casos de muertes por investigar, inclusive nos ha servido para poner en duda un diagnóstico hecho días antes de la muerte, o el dicho de algunas fuentes, pues por ejemplo, ningún deprimido con ideación suicida que vive solo, está preocupado por la decoración de la sala donde se va a levantar la tapa de los sesos dos días después.

En este acápite la revisión documental de historias clínicas hospitalarias o ambulatorias, resúmenes de historias, informes de chequeos pre-empleo o de aptitud para instituciones militares, etc., también pueden aportar datos importantes, siendo necesario que se precisen fechas y siempre que sea posible se anote la descripción de los síntomas que aparecen en los documentos.

Acerca de la exploración de las áreas de conflicto: Evidentemente también éste es uno de los aspectos más complejos para su exploración; en primer lugar porque hay que tener claro que cuando hablamos de conflicto lo estamos haciendo de lo que era vivenciado conflictualmente por el occiso.

Por ejemplo, hemos tenido casos en los cuales al aperso-

narnos en la vivienda del occiso hemos constatado —desde nuestra perspectiva— que sus condiciones materiales de vida, historia vital y expectativas, eran malas; sin embargo, al preguntarles a sus convivientes cuáles eran los problemas que le preocupaban al fallecido, resultó que el hecho de que la casa casi se le estuviera cayendo no constituía para él una preocupación, sino que la chica que le gustaba no lo aceptaba.

¿Cómo era posible?; es simple, siempre había vivido de esa manera; nacido en un barrio suburbano donde la perspectiva de una buena casa no figuraba, pero sí la de exhibir la chica más linda del barrio, desde la perspectiva de sus 20 años y en un medio machista donde se prioriza el éxito con las mujeres como signo de triunfo social.

De ahí que debemos especificarle bien a la fuente entrevistada que estamos preguntándole por aquellas cosas por las cuales el occiso sufría, que le ocasionaban malestar, que no había logrado solucionar de manera adecuada de acuerdo con sus expectativas de logro.

Veamos ahora cada una de las áreas de conflicto:

- *Familiares:* Aquí se incluyen aquellas dificultades con ascendientes, descendientes, cónyuge y otros miembros asociados de la familia con los cuales hubiera tenido reiteradas fricciones de las que alguna vez el occiso se quejara. Los conflictos de pareja deben ser individualizados, pues muchas veces se trata de parejas que no mantenían una relación de convivencia ni un vínculo matrimonial, pero sí un vínculo emocional significativo, al punto de que su pérdida pudiera suponer un conflicto existencial relevante. Dentro de los conflictos de pareja hay que especificar, siempre que sea posible, aquellos que estén relacionados con disfunciones sexuales, por la importancia que en culturas machistas como la nuestra se le da al desempeño sexual. Por supuesto que para avaluar este aspecto es necesario entrevistar vínculos sexuales del occiso, pero ya

no necesariamente tienen que ser estables, se puede tratar de compañeros sexuales de ocasión.

- *De vivienda*: En este rubro se incluyen los conflictos de espacio; en el caso de las malas condiciones materiales de la vivienda, se contemplarán siempre que constituyeran una preocupación para el occiso. ¿Por qué entonces considerar siempre los conflictos de espacio, si no nos especifican que el occiso sufriera por ese motivo?, pues por una razón victimológicamente elemental: la proximidad excesiva resulta agobiante y victimógena, propicia los roces de todo tipo, y por último los enfrentamientos. Claro que esto también hay que evaluarlo en determinado contexto sociocultural; hay pueblos que están habituados a la aglomeración y toleran mejor esa excesiva proximidad, se diría que necesitan menos espacio vital. Dentro de los conflictos de vivienda se incluyen los relacionados a frustración de expectativas de poseer un espacio vital de descanso con determinadas condiciones materiales, vivenciadas por el sujeto como elementales; este conflicto resulta más intenso en personas que pierden súbitamente su casa y tienen que reducirse a un espacio mucho más pequeño y sin las condiciones mínimas para vivir.

- *Económicos*: Como en las anteriores, se trata de un área en la cual se mantiene el requisito de que fuere vivenciado como conflicto por el occiso, que sufriera por motivos económicos. Insistimos en lo relativo de los conflictos; pudiera ser que un individuo con un salario por debajo del promedio no se vivenciara conflictuado, ¿por qué?, porque no conoce otras opciones, siempre ha vivido así, le alcanza para comer lo elemental y cubrirse con vestido de muy bajo precio, pero él no tiene otras expectativas de logro. En el lado opuesto nos encontramos un sujeto con un nivel de vida muy alto pero que ha tenido gastos crecientes en función de la satisfacción de lujos y ahora tiene que resignarse a vivir con la mitad de lo que vivía antes, y aun

cuando ello constituye una entrada muy superior al promedio, le genera un conflicto porque ya se había acostumbrado a vivir muy holgadamente y estas restricciones suponen una pérdida de *status*.

- *Laborales*: Aquí se incluye el rechazo al rol general, por ejemplo, al rol de médico, y el rechazo al rol específico, por ejemplo: rechazo al rol de forense, de internista, de psiquiatra, etc. También pertenecen al sector las fricciones ascendentes (con sus superiores), descendentes (con sus subordinados) y horizontales (con sus paraiguales). Tanto en el caso de rechazo de roles como en el de fricciones en el ámbito laboral, es necesario preguntar cuáles eran los motivos.

Judiciales: Al estudiar este aspecto se especificará si ha sido víctima, autor o testigo de cualquier hecho delictivo, y si ello proporcionó sufrimientos o preocupaciones para el occiso; pudiera parecer que siempre que una persona está involucrada en un proceso judicial tiene que estar conflictuada, pero no es así; existen individuos acostumbrados a estos avatares, para quienes ser detenido o enviado a prisión es una experiencia muy familiar, y por lo tanto no le genera conflicto. También existen casos en los cuales el figurar como testigo supone un conflicto tal que hasta puede constituirse en el móvil de su muerte o llevarlo a una decisión suicida. Dentro de los conflictos judiciales se recogerán no sólo los penales a los que hemos hecho referencia, sino también los civiles, que muchas veces desgastan más a los involucrados y se convierten en conflagraciones de intereses y fuente de tensiones.

En los *ítems* siguientes se recogerán los antecedentes de transgresiones siendo menor, los antecedentes penales y de estancia en prisión, así como los hábitos antisociales, datos éstos que serán tomados tanto del expediente policial como de las entrevistas a personas cercanas, pues sobre todo en lo tocante

a los hábitos antisociales es posible que los vecinos, o aquellas *fuentes neutras* sean más explícitas que las *fuentes oficiales*.

Acerca de los tratamientos recibidos: Este acápite es importante porque en ocasiones algunos hallazgos del examen psiquiátrico retrospectivo resultan explicables por el efecto de determinados medicamentos, por ejemplo: si tenía altas dosis de hipnóticos, es lógico que lo notaran algo torpe, algo enlentecido, quizá si se trataba de un hipertenso medicado entre otros fármacos con meprobamato, algunas fuentes pudieran reportarnos somnolencia no habitual, y si no recogemos el detalle terapéutico podemos caer en el error de atribuirlo a alteraciones del sueño propiamente, cuando en realidad no lo son.

Lo ideal es coleccionar esta información directamente de fuentes técnicas, ya sea por entrevista directa a los médicos o enfermeras de asistencia, ya sea por la revisión de documentos médicos (historias clínicas ambulatorias u hospitalarias, resúmenes, controles farmacéuticos en caso de medicamentos controlados por tarjetas individuales, etc.), aunque ello no siempre es factible.

En caso de no contar con estas fuentes técnicas ideales, tenemos que tratar de precisar con los convivientes si estaba haciendo algún tipo de tratamiento y llegar a un aproximado de las dosis de cada medicamento.

Esta información también resulta importante en los casos en los cuales se cuestiona la calidad de la asistencia médica ante determinada sintomatología, si el diagnóstico se correspondía con el tratamiento, si era tributario de dispensarización, seguimiento ambulatorio o ingreso, y si la conducta técnica fue o no la apropiada.

Esto es válido también para la psicoterapia; hay que precisar si estuvo bajo tratamiento psicoterapéutico, de ser posible a qué tipo de psicoterapia estuvo sometido, y sobre todo si el terapeuta estaba técnicamente provisto de la preparación necesaria para su empleo, pues resulta que en psiquiatría una

psicoterapia mal conducida, o con un enfoque mal elegido, puede acarrear efectos tan nocivos como un medicamento mal seleccionado, mal administrado o en sobredosis.

Acerca de la recogida de información referente a los aspectos psicológicos del occiso: El presente constituye uno de los acápites centrales de la autopsia psicológica, precisamente la caracterización psicológica de la persona fallecida.

Para lograr objetividad en un método de caracterización indirecto hay que evaluar la calidad de la información ofrecida por las fuentes, información que debe fluir espontáneamente y en la medida que vamos escuchando la descripción de cómo era el occiso vamos anotando los rasgos identificables; si al finalizar esta descripción tenemos dudas, entonces dirigimos preguntas directas que nos permitan cerciorarnos del sentido de cada adjetivo empleado.

Aquí debemos insistir en un aspecto que comentamos a propósito del examen psiquiátrico, y es el relativo a la necesaria adecuación al contexto sociocultural y al nivel de instrucción de las fuentes exploradas. Esto es especialmente cierto para las subculturas violentas, para los submundos marginales; si no manejamos *el caló*, la jerga de estas personas, muy difícilmente lograremos entender el significado de muchos de los términos utilizados para describir al occiso. Por ejemplo: en nuestro medio, *guapo* quiere decir arrojado, osado, atrevido, presto a la pelea ante la primera y más mínima provocación; sin embargo, en México y en España quiere decir bien parecido.

En este sentido vale la pena aclarar que el instructivo adjunto al MAPI que aparece en este manual es aplicable en esencia a Cuba, aunque en nuestra experiencia de su generalización a México, Chile y Honduras, las adecuaciones son mínimas.

La caracterización psicológica ofrece una valiosa orientación en los casos de muertes dudosas o equívocas, en parti-

cular si tenemos establecido el perfil de personalidad de cada tipo de víctima en el país o en la región, pues así podemos evaluar qué tanto se aproxima o se aleja de las regularidades previamente conocidas.

Claro que también existen regularidades universales en cada tipo de muerte violenta, por ejemplo, la tendencia depresiva caracteropática, las dificultades en la comunicación, la introversión, la dependencia emocional, son características comunes de todos los suicidas ²¹.

En relación con las víctimas de homicidio, al menos en Latinoamérica, es común la tendencia al enfrentamiento y a la provocación, la beligerancia, la terquedad y a ser dominante, lo cual determina el predominio de homicidios de móvil pasional ²², donde las dificultades en las relaciones interpersonales juegan un rol protagónico y donde víctimas y victimarios tienen más semejanzas que diferencias, de manera tal que sus roles son totalmente fortuitos e intercambiables.

Sin embargo, las víctimas de los homicidios calificados (asesinatos) donde el móvil es el lucro, es un móvil económico, se apartan con frecuencia de estas regularidades propias del homicidio simple, se trata más bien de personas solas (elemento importante de riesgo victimal) ²³, que son seleccionadas por el victimario por su perfil socioeconómico, por la cuantía de sus bienes y lo atractivo del botín a obtener.

Para la caracterización de una víctima específica resulta de gran ayuda participar con el resto del equipo que se ocupa de la investigación, en el trabajo en el lugar del hecho, especialmente si éste coincide con el domicilio del occiso (lo cual es bastante frecuente en nuestro medio), pues allí están grabadas sus *huellas psicológicas*.

Por ejemplo: asistimos a la residencia de una mujer joven

²¹ Freud, S., *Trauer...*, cit.; Menninger, K., *Man against...*, citado.

²² Rodríguez Manzanera, L., *El homicidio...*, citado.

²³ Rodríguez Manzanera, L., *Victimología...*, citado.

que aparece suspendida de una cuerda en el baño y constatamos que todo está en orden, limpio, pulcro, exquisitamente arreglado, con flores en los jarrones de porcelana, ropero muy femenino, cosméticos más bien sobre lo llamativo, perfumes afrodisíacos y extraños, fotografías recientes en poses artísticas, todo esto nos va conformando un perfil de personalidad histriónico.

Inmediatamente nos asaltaría la duda, sustentada en la contradicción que supone que una mujer joven con una personalidad de tendencia egocéntrica, histriónica, elija un método suicida duro, clásicamente masculino. Si luego confrontamos con el médico legista y resulta que el lazo es atípico y que el surco equimótico es más ancho que el dogal, y al intercambiar con el perito en criminalística confirmamos que el líquido que aparecía en la habitación de la víctima, contiguo al baño, se correspondía con la orina encontrada en el pantalón (es decir, que la relajación de esfínteres no se produjo en el lugar donde apareció suspendida), se va conformando la hipótesis de una etiología medicolegal homicida por estrangulación, muy diferente al ahorcamiento suicida que se ofrecía a nuestros ojos inicialmente.

Si a esto se une que la víctima aparece suspendida con los zapatos puestos y los criminalistas no encuentran huellas de calzado en las cercanías de la viga en la cual fue fijado el dogal, la hipótesis se refuerza.

Como puede verse, es el trabajo en equipo, en interacción continua, el que puede lograr una caracterización exitosa y una definición técnicamente sustentada de la verdadera etiología medicolegal.

En esta misma línea, precisamente es la existencia de cambios en su estado habitual, lo que conforma el diseño del diagrama presuicida, en forma de *señales*, y que constituye uno de los objetivos clásicos de la autopsia psicológica. Este aspecto aparece muy bien explicado en el instructivo adjunto al MAPI; sólo queremos destacar la palabra *cambios*, que es lo que define

la señal: un hombre que era habitualmente sociable y entusiasta y que unos meses antes de su muerte se tornó introvertido y hostil; una mujer que siempre fue muy conservadora y recatada, y que unas semanas antes se volvió escandalosamente liberal, con conductas que bordeaban la antisociabilidad, etcétera.

Acerca de los datos explorables en homicidios o muertes dudosas: El acápite de *relación con el autor o autores* se explora tanto en los homicidios como en los accidentes de tránsito, que en definitiva son homicidios por imprudencia y que en algunos casos pudieran no haber sido tan *imprudenciales*, o por el contrario, pudieran ser suicidios u homicidios intencionales con una apariencia accidental.

Por supuesto, el lugar y horario de ocurrencia son elementos que se toman del expediente policial y medicolegal, así como la ingestión de alcohol u otras sustancias, la portación de armas por parte de víctima y victimario, y el método utilizado por el victimario.

La posibles motivaciones del hecho, las relaciones víctima-victimario, los sentimientos de éste por la víctima, así como la actitud de ésta en el momento de los hechos, se obtienen tanto de la entrevista con el victimario utilizando la *Guía exploratoria del homicida* (GEH) que se adjunta, como del expediente policial.

CAPÍTULO IX LA GENERALIZACIÓN DEL MAPI A AMÉRICA LATINA

Cuando el MAPI se encontraba en su segunda fase de aplicación en Cuba, es decir, la relacionada con la investigación de homicidios, en 1994, a partir de su presentación en el "Congreso Mundial de Ciencias Forenses de Querétaro", México, comenzó a utilizarse en los Servicios Periciales de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Querétaro, por parte de peritos psicólogos, para coadyuvar a precisar la etiología medicolegal de muertes equívocas y para profundizar en algunos suicidios atípicos. Durante los últimos años de la década del 90, con algunas modificaciones hechas en la PGJ de este Estado, la licenciada Thelma Ramírez Mejías, psicóloga forense, fue quien tuvo a su cargo la aplicación del MAPI, el que previamente había sido validado en Cuba, para lo cual cursó un entrenamiento con la autora.

Entre los casos más relevantes trabajados por Ramírez Mejías utilizando el MAPI, se encuentra el del niño Cristhian, en el cual toda la prensa amarillista culpaba a los padres, y en especial a la madre, del supuesto suicidio del menor, y los peri-

tos actuantes demostraron que se trataba de un lamentable accidente, con lo cual, en primer lugar se dejaba en claro que los familiares no habían tenido ninguna participación, ni siquiera la que cabría señalar en casos de suicidios en la edad infanto-juvenil, motivados por maltrato o abandono emocional.

En 1997 el Instituto Médico Legal de Santiago de Chile dio cobertura a su empleo para el estudio de las muertes por suicidio, problemática que en aquellos momentos venía teniendo gran trascendencia social; en este caso fueron psiquiatras quienes dieron curso a su ejecución, siendo la doctora Inge Onnetto Muñoz, quien tuvo a su cargo la implementación.

En 1998 la Dirección de Medicina Legal de Honduras, previa coordinación con el Ministerio Público, introdujeron el empleo del MAPI, tanto para muertes equívocas, como para muertes por suicidio y homicidio, con la peculiaridad de incorporar en calidad de peritos la figura de la trabajadora social, dado que el instrumento exploratorio posee una importante carga de información sociodemográfica, para cuya búsqueda los trabajadores sociales están perfectamente entrenados.

En el propio año 1998 se realizó en La Habana el "I Congreso de la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica", en cuyo marco llevamos a cabo el "I Taller Internacional de Autopsia Psicológica", con la experiencia de Cuba, México, Chile y Honduras, empleando el método nuestro y de Puerto Rico, haciendo uso del norteamericano. Durante el debate se subrayó la objetividad del método cubano, mucho más confiable, sobre todo para los países que como Cuba, cuentan con el procedimiento del juicio oral. El método norteamericano resulta muy vulnerable a sesgos por parte de los exploradores, y además por lo general parte de valoraciones que se efectúan mucho tiempo después de haber acontecido los hechos que se investigan.

Aunque la autopsia psicológica empleando el método cubano fue presentada en el "Congreso Centroamericano de Medicina Legal", efectuado en Costa Rica en 1996, no fue hasta

1999 que el MAPI comenzó a tener aplicación práctica en este país, fundamentalmente como parte de la investigación de homicidios y realizada fundamentalmente por psicólogos.

Ya en el año 2001 el MAPI fue introducido en Colombia, con las modificaciones que le realizara un grupo de trabajo dirigido por el doctor Iván Jiménez Rojas, psiquiatra y psicoanalista del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Bogotá, aplicándolo al estudio de las muertes por suicidio. Al doctor Jiménez Rojas le debemos la incorporación de algunas inferencias interpretativas desde la óptica del psicoanálisis, que nos fueron de gran utilidad en la evaluación de la escena de la muerte como premisa para dar inicio a la aplicación del MAPI tanto en casos de suicidio como de homicidio.

Con esta experiencia de estudio de suicidas en Colombia se diseñó un proyecto de investigación comparativa, aún no concluido, entre las víctimas de suicidio de Bogotá y las de la ciudad de La Habana. Posteriormente este proyecto sería ampliado a suicidas de Neiva, también en Colombia, ya no desde una perspectiva pericial, sino preventiva, buscando la adecuación de las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, en los diferentes contextos.

En el año 2002 el MAPI retornó a México, pero esta vez aplicado desde la óptica de una perito a instancias de partes, la Msc (master en ciencias) Araceli Manzo Maldonado, presidenta del Colegio Regional de Trabajadores de la Salud Mental de Puebla, quien había cursado la maestría en psicología jurídica de la Universidad Complutense de Madrid, en la cual era considerado el MAPI como el método más objetivo y confiable para conformar una autopsia psicológica. En este sentido cabe destacar que esta psicóloga ha conducido la realización de autopsias psicológicas tan complejas y de tanta trascendencia social en su país como la del diputado federal Teodoro Lozano, quien resultara víctima de un supuesto accidente, que luego se convirtió al menos en una muerte dudosa, y gracias a la autopsia psicológica, quedaba claro que no se trataba de un suicida.

En el 2003, en Colombia se amplió la aplicación del MAPI, al estudio de muertes por homicidio, desde la perspectiva de la investigación de homicidios, siendo la licenciada Sandra Parra Dionisio, de la Policía Metropolitana de Bogotá, quien condujo los esfuerzos en esa dirección. Con esta experiencia nuestro método salía de los marcos de la investigación de homicidios en nuestro país y también se integraba al análisis de crímenes complejos como parte de la perfilación psicológica, donde a los clásicos perfiles de probabilidad (diseñados sobre la base de las experiencias de John Douglas) se añadían los perfiles victimales conformados a partir del MAPI.

En Argentina el MAPI fue introducido por la licenciada Liliana Angelina de Licitra, de Córdoba, desde el área de la psicología jurídica, en 1997, posteriormente a su participación en el "Taller Internacional de Autopsia Psicológica", celebrado dentro del marco del "Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica de La Habana", no obstante lo cual en la práctica su aplicación había estado muy limitada, de acuerdo con el intercambio que pudimos tener con varios psicólogos durante el recién celebrado taller "La Autopsia Psicológica desde la escena del Crimen", auspiciado por el Consejo de Graduados de las Ciencias de la Criminalística y Forenses.

De manera que en estos momentos, en Argentina la autopsia psicológica se realiza, aplicando el MAPI, en la Dirección de Policía Científica de Córdoba, por parte del licenciado Javier Chilo, y en la Dirección de Policía Científica de la Gendarmería Nacional, por parte de la licenciada Sandra Musumeci, psicólogos ambos.

Cabe señalar que en Argentina, se incorpora por primera vez, a cargo del licenciado Javier Chilo, en Córdoba, la aplicación al estudio de un desaparecido, puesto que, en México, se había utilizado con valor de orientación, en una víctima de secuestro, pero sin conformar un dictamen pericial, como sí lo conformaron los peritos de Córdoba, dirigidos por el licenciado Chilo.

Hoy podemos afirmar que, en Latinoamérica, el método cubano es mucho más utilizado en la práctica que el norteamericano, pero además, desde el punto de vista académico, en toda Iberoamérica se reconoce más, pues inclusive forma parte del diseño curricular de maestrías en psicología jurídica, de manera que este manual contribuye a que los interesados logren un mayor acercamiento a las herramientas necesarias para poder conformar un informe de autopsia psicológica, desde diferentes ópticas, criminalística, penal, civil.

Por último debemos comentar que se encuentra en proceso de revisión la traducción del presente manual al italiano, para incluirle algunas consideraciones psicoanalíticas y adecuaciones al contexto europeo, contando con la colaboración en tal sentido, del licenciado Bruno Bonicatto.

GLOSARIO *

ABAKUÁ (*Cuba*): Miembro de la sociedad secreta Abakuá, de origen africano, formada sólo por hombres.

ABUSO:

- *De alcohol*: Se trata de una forma de consumo de alcohol que está afectando ya la salud física o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Si se aplican los criterios de cantidad y frecuencia, por lo general el consumidor ingiere alcohol más de una vez al mes en cantidades superiores a un cuarto de bebida fuerte o seis medias botellas de cerveza.
- *De drogas*: Se trata igualmente de una forma de consumo, en este caso de drogas, que ya está afectando la salud física o mental, como por ejemplo, los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral, o rinitis por inhalación de polvos, y las psicosis inducidas por drogas.

ACCIDENTE: Suceso eventual, inesperado y generalmente desagradable.

* En la realización del presente glosario intervinieron como colaboradores los licenciados Luis Di Santo y Rainieri Rojas López.

ACTIVIDAD PSICÓTICA: Nivel de funcionamiento de la mente que supone una desorganización intrapsíquica con ruptura con la realidad exterior.

ADICCIONES: Alteraciones de la conducta humana que comportan una pérdida de voluntad ante el consumo de una sustancia, que se convierte en la razón de su existencia, aun a sabiendas del daño que le ocasiona a su salud; comienzan siendo de carácter psicológico y muchas veces llegan a serlo de carácter físico; su abstinencia produce dolor de cabeza, temblores en las manos, mal humor, imposibilidad de conciliar el sueño. Más recientemente se han descrito adicciones a actividades y no propiamente a sustancias, tales como la adicción a Internet (descrita como netmanía).

ALCOHOLISMO: Trastorno conductual que supone un consumo de alcohol superior en cantidad y frecuencia a los patrones promedio aceptados culturalmente, en el cual el sujeto pierde el control voluntario del consumo, llegando a ocasionarle alteraciones importantes a su salud física y mental.

ANÁLISIS NARRATIVO: Técnica a través de la cual se identifican, mediante la lectura de un texto, las características de personalidad, conflictos, motivaciones, intereses, aspiraciones y estado mental de quien lo escribió.

AMITRIPTILINA: Psicofármaco de la familia de los tricíclicos, con acción antidepresiva y efectos sedantes secundarios.

ASESINATO (*derecho penal*): Delito que consiste en matar a una persona con una mayor intensidad del propósito criminal que en el homicidio, por los medios perjudiciales utilizados de un modo especial o por la inconfundible malicia y peligrosidad que se revela en alguna de las siguientes circunstancias:

- **Alevosía:** Consiste en el empleo de medios, modos o formas en la ejecución que tiendan directa y especialmente a asegurarla, sin riesgo para el agresor que proceda de la defensa que pudiera hacer la víctima. Son casos de alevosía aquéllos en los que se aprovecha la particular situación de desvali-

- miento e indefensión del agredido, cuando la ejecución es súbita e inesperada, por sorpresa, o cuando se hace mediante acechanza, apostamiento, trampa, emboscada o celada.
- *Premeditación conocida*: Exige una frialdad de cálculo en una deliberación detenida y una perseverancia en la voluntad antijurídica representada por una decisión permanente, por lo que debe existir un lapso temporal entre la resolución y la ejecución del delito.
 - *Ensañamiento*: Aumentando deliberada y de forma inhumana el dolor del agredido. El ensañamiento se aprecia tanto por la intención, como por el objetivo resultante de incrementar el dolor del agredido, motivo por el cual se excluyen actos realizados sobre el cadáver con posterioridad a la muerte de la víctima.
 - *Inundación, incendio, explosivo o veneno*: Se entiende por envenenamiento la introducción de cualquier sustancia en el cuerpo humano, por ingestión, inyección o inhalación, cuando ella puede producir la muerte. La comisión de un asesinato mediante inundación o incendio supone que éste es el medio utilizado, no que se comete por ese motivo.
 - *Para obtener precio, recompensa o promesa*: De tal modo que exista relación de causalidad entre el ofrecimiento y la posterior ejecución del delito.
- AUTOPSIA PSICOLÓGICA**: Método de exploración retrospectiva e indirecta de una persona ya fallecida, que puede tener aplicaciones históricas, judiciales, preventivas, etcétera.
- BOHÍO**: Especie de cabaña utilizada por los campesinos en Cuba, fabricada con ramas de árboles, con techo de guano (palmas).
- CAGE**: Instrumento internacional de pesquisaje de alcoholismo.
- CATATÍMICAMENTE**: Que tiene como base conductual el afecto, no la realidad objetiva, lo que acarrea como consecuencia una deformación de dicha realidad bajo la influencia del afecto.

- CEAOM: Centro de Atención y Orientación a Menores, instancia del Ministerio del Interior de Cuba, encargada de detectar los casos de menores infractores o en riesgo de convertirse en tales, y darles seguimiento profiláctico para evitar que se conviertan en delincuentes.
- CID: Cuestionario de indicadores diagnósticos; instrumento de pesquiasaje de alcoholismo diseñado y validado por el profesor doctor CM Ricardo González Menéndez, presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y jefe del Servicio de Deshabitación de Drogas y Alcohol Rogelio Paredes, del Hospital Psiquiátrico de La Habana.
- COEFICIENTE DE CONCORDANCIA DE KAPPA: Fórmula bioestadística para descartar que un resultado pueda ser atribuido al azar (ver Fleiss, J.J., et al., *Large sample standard errors of Kappa and weighted Kappa*, Psych Bull: 72; 1969, ps. 323 a 327).
- COMUNICACIÓN EXTRAVERBAL: Correspondiente al segundo sistema de señales, a través del cual mediante gestos, sonrisas, etc., las personas demuestran, a veces de manera no consciente, sus emociones, sentimientos, agrado, desagrado, etcétera.
- CRIMINALÍSTICA: Ciencia elaborada sobre medios y métodos especiales para el descubrimiento, recolección, análisis, investigación y apreciación de las evidencias con fines de esclarecer las manifestaciones delictivas en la investigación criminal.
- CRIMINODINÁMICA: Término a través del cual se sintetizan todas las acciones acontecidas durante la ejecución de un crimen, incluidas las motivaciones y emociones de víctimas y victimarios.
- CRIMINOLOGÍA: Ciencia sintética, tanto natural como social y no jurídica, con una finalidad preventiva, a la que se llega por medio del estudio del crimen y del criminal, con un método de observación y experimentación, es decir, encontrando los elementos ciencia, síntesis, método, empirismo y

objeto (definición hecha por el criminólogo mexicano Luis Rodríguez Manzanera).

CUADRO DEMENCIAL: Referido al grupo de signos y síntomas que integran el síndrome demencial, tales como trastornos de la memoria inicialmente de fijación, de la orientación, los hábitos y la conducta.

CUARTERÍA: Denominación que se le da en algunas regiones de Cuba a un espacio habitacional en el cual existen muchos cuartos o habitaciones de una sola pieza, a lo sumo con un baño accesorio.

DEPENDENCIA: Síndrome descrito en la CIE-10 como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, inclusive mayor que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

— *Características de:* La manifestación característica es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas, alcohol o tabaco. Es una vivencia de compulsión, con disminución de la capacidad para controlar el inicio del consumo y para poder terminarlo. Va acompañado de un fenómeno de tolerancia (requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originariamente producían dosis más bajas, pudiendo llevarlo a la muerte por sobredosis); paralelamente el sujeto abandona progresivamente cualquier otra fuente de placer, persistiendo en el consumo a pesar de las evidentes consecuencias perjudiciales.

— *De drogas:* Todas las características anteriormente descritas, asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, excluido el alcohol.

DEPRESIÓN (psicología): Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos. A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la

depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

DESARROLLO MENTAL RETARDADO: Alteración del desarrollo psicomotor que se caracteriza primariamente por un cociente intelectual por debajo del promedio (en diferentes grados). Es un término de empleo más jurídico que médico o psicológico; de hecho, en el mismo suelen incluirse todos los grados de retraso mental, que desde el punto de vista clasificatorio tienen diferentes características y cuya interpretación judicial resulta también distinta, ya que no es lo mismo un retraso mental ligero o leve, en el cual el sujeto adquiere capacidad para expresarse, validismo doméstico e inclusive una educación elemental en escuelas de enseñanza especial, que un retraso mental profundo, situación en la que no existe ni siquiera un validismo elemental, ya que el sujeto carece hasta de control esfinteriano, y su comunicación es —en el mejor de los casos— de forma no verbal, a nivel muy rudimentario, a través de gruñidos. Obviamente, un retrasado mental profundo resultará incapacitado civil y penalmente ante la ley, mientras que el ligero o leve puede llegar a estar capacitado para determinados trámites civiles de menor complejidad, y penalmente puede llegar a discernir concretamente entre el bien y el mal; pues en todo caso conlleva un análisis casuístico.

DESESPERACIÓN: Estado anímico con traducción conductual en el cual el sujeto no sabe cómo dar solución a una situación, no encuentra salida, percibe como si hubiese llegado el fin, se siente agitado, angustiado, se acompaña de disímiles síntomas, tales como palpitaciones, falta de aire, opresión torácica, clínicamente comparable a una crisis de angustia.

- DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO:** Nomenclatura que se asigna a un grupo de entidades que comparten los mismos signos y síntomas, y que primeramente son agrupadas en síndromes, debiendo compartir además elementos etiológicos y evolutivos.
- DIAZEPÁN:** Psicofármaco de la familia de las benzodiazepinas con efectos sedantes, y secundariamente depresores del sistema nervioso central.
- DINÁMICA FAMILIAR:** Término empleado para designar una serie de elementos interaccionales que se mueven dentro de un núcleo familiar, incluidas emociones positivas, negativas y neutras, de manera más cercana o más lejana de la normalidad.
- DISCAPACIDAD:** Incapacidades físicas o mentales. Persona que tiene una cierta merma del funcionamiento de algún órgano o sistema que le impide funcionar de manera óptima ante las exigencias del medio ambiente.
- DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR:** Consiste en la existencia de alteraciones en los roles parentales con manifestaciones de displacer, carencias afectivas y educativas que impiden que la familia cumpla de manera balanceada con las funciones que debe cumplir y que en esencia son afectivas y educativas.
- DOCUMENTOS PERSONALES:** Incluyen historias clínicas, expedientes escolares, laborales, diarios de vida, libretas de apuntes, cartas recibidas o enviadas por la persona a otros.
- EQUIMOSIS:** Extravasación de sangre en la piel, membrana mucosa o serosa. Una equimosis es más grande que una hemorragia petequial.
- ENAJENACIÓN:** Estado mental en el cual un individuo carece de la capacidad de discernir entre el bien y el mal.
- ENCUESTAS ABIERTAS O SEMIESTRUCTURADAS:** Son aquellas en las cuales se deja margen a las anotaciones del encuestador; incluyen preguntas cuyas respuestas no se encuentran previstas, es decir, estandarizadas.

ENFERMEDAD MENTAL: Trastorno del funcionamiento psicológico que responde a un patrón etiológico y una sistemática clasificatoria, de acuerdo con clasificaciones internacionalmente aceptadas, como la CIE-10 y el DSM-IV.

ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS: Son aquellas conducidas con una guía de preguntas, de las cuales no todas poseen un patrón uniforme de respuesta.

ESFERA AFECTIVA (*enfermedad de la*): Dentro de este grupo se encuentran los trastornos bipolares, las depresiones de diferente etiología, etc., de acuerdo con las clasificaciones internacionalmente aceptadas.

ESPIRITISMO: Doctrina según la cual los muertos pueden entrar en contacto con los vivos, por lo general a través de un clarividente o médium; son también las prácticas de quienes profesan esta doctrina.

ESTADO DE INDEFENSIÓN: Falta de defensa, abandono, desvalimiento, orfandad, desabrigo, soledad; situación en que se coloca a quien se impide o se limita indebidamente la defensa, bien de su derecho en un procedimiento administrativo o judicial, o ante una inminente agresión física o psicológica.

ESTILO DE VIDA: Manera cotidiana de comportarse un individuo o grupo de individuos; incluye intereses, gustos, diversiones, etc., que lo(s) acerca(n) a elementos de riesgo suicida, heteroagresivo o de accidentalidad.

ESTUDIO:

— *Anatomopatológico:* Aquel que se hace sobre los tejidos vivos o muertos; puede ser macroscópico, si sólo se limita al examen exterior de las vísceras y tejidos osteomioarticulares, y microscópico, si se utilizan técnicas de examen por microscopía óptica o electrónica. En cualquier caso constituyen un medio auxiliar de diagnóstico.

— *Toxicológico:* Es el que se lleva a cabo tanto en líquidos corporales como en tejidos, utilizando los reactivos apropiados y buscando determinar la existencia de cualquier sustancia tóxica en el organismo.

EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ: Cuadro clínico caracterizado por una gran agitación; el paciente camina incesantemente, gesticula, grita o gruñe; puede incluir grandes exabruptos de violencia inexplicable.

EXPEDIENTES JUDICIALES: Documentos que se integran para sustentar un proceso judicial en el cual debe determinarse si se ha cometido o no un delito y quién o quiénes lo han llevado a cabo.

FACTORES:

- *Crimino-impelentes:* Aquellos que influyen en la comisión de un crimen, en el sentido de estimularlo o facilitarlo. Ejemplo: el consumo de alcohol y drogas constituye un conocidísimo factor crimino-impelente, dado el efecto desinhibidor que poseen sobre la subcorteza, facilitando el paso al acto, a conductas instintivas y primitivas.
- *Crimino-repelentes:* Son los que se oponen a la comisión de un crimen, los que actúan como freno. Ejemplo: la religión católica constituye un factor crimino-repelente dadas las características de sus mandamientos.

FUENTES NEUTRAS: Aquellas personas que no tienen motivos para querer mal al sujeto explorado, ni tampoco para idealizarlo por razones afectivas, morales, religiosas, etc. Obviamente tienen que ser personas que no hayan sido beneficiadas ni perjudicadas con la muerte del explorado.

HOMICIDIO (*derecho penal*): Delito que comete quien da muerte a otra persona. Se trata del delito más común contra la vida humana, y su autor se encuentra castigado en casi todas las legislaciones del mundo, con penas privativas de libertad, a las que habrá que añadir con frecuencia la obligación de reparar el daño moral infligido a los allegados de la víctima.

HOSTILIDAD: Acción agresiva, ataque, molestia insistente.

IMPULSIVIDAD: Característica de personalidad dada por el pobre control de las respuestas ante agresiones o frustraciones, con un bajo umbral de tolerancia y fácil paso al acto, sin previa reflexión de las consecuencias.

INIMPUTABLE: Persona eximida de responsabilidad penal por no comprender la ilicitud de un hecho punible. Son inimputables o están eximidos de responsabilidad penal de base psicopatológica, quienes padecen enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado, es decir, cuando existe una pérdida profunda de la capacidad de discernir del sujeto.

INTERPRETACIÓN SUBJETIVA: Aquella que pone por encima los elementos salidos de la experiencia personal del explorador, en detrimento de los elementos de carácter objetivo aportados por una investigación.

LUGAR DEL HECHO: También llamado escena del crimen, lugar del suceso, etc., se corresponde con aquel sitio en el que aconteció un hecho criminal y en el cual deben buscarse evidencias que encausen la búsqueda del criminal.

MECANISMO DE DEFENSA: El origen de la defensa se atribuye al conjunto de expresiones de protección del yo, el cual es definido desde el psicoanálisis como un representante del principio de realidad con una función de síntesis o bien como producto de una identificación de carácter imaginario, objeto de amor narcisista. De este modo, la defensa es la operación por la cual un sujeto, al confrontarse a una representación insoportable de carácter —tanto interna como externa—, la reprime, a falta de recursos para articularla con otros pensamientos mediante un trabajo de elaboración psíquica. A las diferentes formas de la defensa, se las suele agrupar bajo la denominación de mecanismos de defensa, siendo los más usuales la represión, la conversión somática, la anulación retroactiva, la formación reactiva, la trasposición del afecto, la proyección, entre otros.

MECANISMOS HIPÓXICOS: Son los que tienen lugar cuando al organismo le falta el oxígeno necesario, ocasionando serios daños al sistema nervioso central.

MEDICOLEGAL: Perteneciente al ejercicio de la medicina legal, especialidad médica que tiene como finalidad auxiliar a la

administración de justicia en la interpretación de cuestiones médicas con repercusión legal.

MEMORIA:

- *Hipermnesia*: Aumento patológico de la memoria.
- *Hipomnesia*: Disminución de los registros normales de memoria.
- *Paramnesia*: Recuerdos deformados de una realidad vivenciada.
- *Meprobamato*: Psicofármaco con acción sedante y relajante muscular, secundariamente depresor del sistema nervioso central.

MÉTODOS INDIRECTOS INFERENCIALES: Aquellos que tienen que abordar un objeto o fenómeno de estudio que no están viendo frente a sí, de manera directa; por lo tanto, al concluir el análisis partirá de inferencias acerca de elementos aportados por un tercero que en su momento pudo observar directamente el objeto o fenómeno.

MORTALIDAD: Cantidad de personas fallecidas por determinada causa en un lugar y un momento determinado; por lo general la mortalidad es calculada cada 100.000 habitantes por año.

MORBILIDAD: Cantidad de personas que enferman de determinada enfermedad en un lugar y un momento dados.

MUERTE DUDOSA O EQUÍVOCA: Aquella en la cual existen elementos de duda acerca de una posible acción criminal, o aquellas en las cuales los mecanismos de la muerte no se encuentran claramente establecidos.

NECROPSIA (*también autopsia*): Estudio médico de un cadáver humano, incluidos los órganos internos, con el objeto de determinar la causa de muerte o de estudiar cambios patológicos. Se realiza con fines forenses en determinados casos.

NEGACIÓN: Mecanismo de defensa en el cual la persona bloquea de manera inconsciente la realidad.

PALO MONTE: Sistema esotérico de origen africano, llegado a Cuba con el arribo de los negros esclavos de las etnias Lucumi

y Conga. Consideran los montes como algo sagrado, pues en ellos habitan las divinidades, entes diabólicos o espíritus oscuros. El monte equivale a tierra en el concepto de madre universal. Se basa en rituales mágicos para hacer el bien o el mal, según la ocasión. En los ritos se emplean elementos tales como plantas, palos o piedras; la sangre de un pollo o un gallo entre otros. La magia es la gran preocupación del practicante o sacerdote clarividente, así como la obtención del dominio de las fuerzas ocultas y poderosas que lo obedezcan ciegamente.

PARTO DISTÓCICO: Trabajo de parto en el cual se hace necesario implementar procedimientos mecánicos para ayudar a la expulsión del bebé, tales como fórceps, espátulas, etc.; muchas veces viene acompañado de sufrimiento fetal o neonatal.

PASIONAL: Muy influido por las pasiones, por emociones fuertes que pueden llegar a ser violentas.

PENSAMIENTO

- *Curso del:* Consiste en la hilación del pensamiento, el flujo de las ideas, que puede estar enlentecido, acelerado, bloqueado, etc., en dependencia del trastorno psicopatológico que presente el paciente.
- *Contenido del:* Se trata del conjunto de ideas que constituyen el discurso mental, que también pueden estar alteradas en dependencia del trastorno que presente el paciente; pueden ser ideas de daño, de persecución, de culpa, etcétera.

PERSONALIDAD (*trastorno de*): Según la CIE-10 representa desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y sobre todo, se relaciona con los demás.

POSVENCION: Conjunto de acciones terapéuticas que se toman, a la muerte de una persona, con sus familiares y amigos cercanos, para evitar la instalación de reacciones de duelo patológicas y detectar el comienzo de trastornos psicopato-

lógicos que comportan riesgo suicida, tales como las depresiones.

PREVENCIÓN COMUNITARIA: Conjunto de acciones que se ejecutan de manera coordinada por parte de las organizaciones comunitarias y el equipo de salud mental de cada área de salud, para evitar que sus habitantes desarrollen trastornos tales como las adicciones y lleguen a adoptar conductas de resultados tan lamentables como el suicidio y el homicidio.

PROYECCIÓN: Término utilizado con dos acepciones: una en el sentido de llevar la técnica que inicialmente sólo fue de uso pericial, al ámbito comunitario, sacarla del marco inicial, proyectarla fuera del mismo, y la otra haciendo referencia a un mecanismo de defensa psicológica.

PRUEBA PERICIAL: Dictamen pericial que con la finalidad de que el órgano jurisdiccional adquiera certeza plena y fundamentada sobre la hipótesis inculpatoria que conlleva la aplicación de la ley, o en su defecto, declare la probabilidad de la tesis inculpatoria, realiza el perito. En el indica el grado de certeza de sus comprobaciones manera clara y entendible para el tribunal. El dictamen pericial llega al proceso penal como fuente de prueba que forma parte del material probatorio o medio de prueba; adquiere valor probatorio cuando en la práctica de prueba el tribunal valora que:

- El dictamen se base en datos fácticos correctos.
- Los principios técnicos de los cuales parte el perito merecen reconocimiento.
- El dictaminador ha procedido correctamente en todos los casos en los cuales se pudo controlar.
- Ofrece garantías de haber trabajado en regla en terrenos no controlados.

PSICOFÁRMACO: Todo medicamento que tenga acción específica sobre el sistema nervioso central, con el objetivo de reajustar alguna función que se encuentra alterada por determi-

nado proceso morboso. Absolutamente todos necesitan prescripción facultativa.

- *Analgésicos*: Fármacos (*no psicofármacos*) utilizados para el alivio del dolor.
- *Ansiolíticos*: Psicofármacos utilizados para el control de la ansiedad.
- *Antidepresivos*: Psicofármacos utilizados para normalizar el estado de ánimo depresivo.
- *Barbitúricos*: Familia de psicofármacos, que también tiene acciones anticonvulsivas e hipnóticas (fenobarbital, amobarbital, secobarbital).
- *Benzodiazepinas*: Familia de psicofármacos con acción sedante o tranquilizante, secundariamente hipnótica (diazepán, nitrazepán, medazepán).
- *Hipnóticos*: Psicofármacos que inducen el sueño.

RACIONALIZACIÓN: Mecanismo de defensa en el cual el sujeto justifica una conducta que le resulta inaceptable, con argumentos que pueden ser aceptados.

REGISTROS MÉDICOS: Todos aquellos existentes en las instituciones de salud. En el manual este término está utilizado para designar los registros estadísticos de entrada de personas fallecidas a los departamentos medicolegales, que en Cuba se encuentran dentro del Sistema Nacional de Salud.

REGISTROS POLICIALES: Archivos especializados de uso policial; pueden ser biográficos, dactiloscópicos, de alias, de personas desaparecidas, prófugos y circulados, de objetos robados, etcétera.

RETRASO MENTAL:

- *Moderado*: Caracterizado por lentitud en el desarrollo de la comprensión y el uso del lenguaje, alcanzando en esta área un dominio limitado; quienes lo padecen necesitan supervisión permanente para el aseo personal; de adultos pueden trabajar en actividades sencillas con adecuada supervisión.
- *Severo*: Las limitaciones descritas en el retraso moderado son más evidentes y el déficit motor es más marcado.

RIESGO:

- *De homicidio*: Especial estado de vulnerabilidad a resultar muerto por otra persona.
- *Suicida potencial*: Vulnerabilidad latente a cometer un suicidio, aunque nunca lo haya intentado.

SANTERÍA: Religión afrocaribeña similar al vudú, cuyas raíces se encuentran en la cultura del pueblo yoruba de África occidental. La santería surgió en el siglo XIX entre los miembros de la comunidad yoruba, los que pese a ser enviados a Cuba como esclavos, mantuvieron su cultura tradicional. La palabra española *santos* se aplicó a los orichas (espíritus) yoruba, y fue este uso el que dio origen al término cubano empleado para referirse a la religión yoruba: santería (camino de los santos). Conocida también como Regla de Oshá u Oshá-Ifá, cuyas raíces se encuentran en la cultura del aludido pueblo yoruba. Fusionó mitos y cultos africanos con el catolicismo impuesto por los colonizadores. Es básicamente una religión africana, pero refleja su influencia en la cultura cubana. La adivinación constituye la piedra angular de este sistema esotérico, según el cual todo tiene una causa y un efecto específico en el orden sobrenatural del universo.

SENSOPERCEPCIÓN: Función psíquica que nos permite recepcionar las sensaciones e integrarlas como percepciones en el sistema nervioso central.

- *Alteraciones de la*: Cualquier deformación de la recepción y el procesamiento de las sensaciones y percepciones.
- *Cenestopatía*: Sensación imprecisa dentro de órganos y/o sistemas, de carácter desagradable; puede referirse como calambre, vibración, etcétera.
- *Desrealización*: A la persona le parece que lo que está viendo, que lo que percibe, no es real; puede verse en los trastornos histeriformes y en los epileptiformes.
- *Hiperestesia*: Aumento de la percepción del fenómeno o estímulo; por ejemplo, un leve calor lo siente como quemante,

un leve roce al tacto lo percibe como insoportable, doloroso, etcétera.

- *Parestesia*: Sensación de calambre, muy frecuente en las polineuropatías que acompañan al alcoholismo.

SÍNDROME:

- *Adictivo* (*ver ut supra*).
- *Psiquiátrico*: Nomenclatura muy general que suelen darle los médicos generales a cualquier alteración de las funciones psíquicas.

SÍNTOMA:

- *De la esfera afectiva*: Cualquiera que afecte el estado anímico.
- *Depresivo*: Cualquiera de los que integran el síndrome afectivo depresivo, a saber: hipotimia (bajo tono afectivo, tendiente a la tristeza); hipobulia (pocos deseos de hacer ninguna actividad); ideas de autorreproche; pensamientos pesimistas; disminución de autoestima; pérdida de intereses y motivaciones.

STRESS (*estrés*): En medicina, proceso físico, químico o emocional, productor de una tensión que puede llevar a la enfermedad física.

SUBCULTURA VIOLENTA: Término creado por Ferracuti y Wolfgang a partir del comportamiento violento de ciertos grupos. El concepto de *subcultura* implica que existen juicios de valor o un sistema social de valores separados, y al mismo tiempo perteneciente a un sistema de valores más amplio o central; están presentes valores concordantes, tolerados, diferencias que no provocan una fractura, no causan ofensa ni implican una amenaza potencial de ofensa social a la cultura dominante, pero también hay valores discordantes no tolerados, diferencias que provocan fractura, causan ofensa e implican una amenaza potencial de ofensa social a dicha cultura dominante.

SUICIDIO: Según la definición de Shneidman es el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar.

TRASTORNO:

- *Bipolar*: Trastorno mental descrito por la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades relativas a los Trastornos Mentales y del Comportamiento, como la presencia de episodios reiterados en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía), y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados (CIE-10).
- *Mental transitorio*: Término jurídico que se sustenta en la presencia de un estado de desorganización psicológica de comienzo y final súbito, con total recuperación posterior de todas las funciones psíquicas y que tiene trascendencia penal a inimputabilidad.
- *Psiquiátrico*: Cualquier alteración de las diferentes esferas psíquicas (afectiva, conativa, cognoscitiva, integrativa, de relación).
- *Psiquiátrico mayor*: Aquel que ocasiona ruptura del individuo con la realidad.
- *Psiquiátrico menor*: El que sin ocasionar ruptura con la realidad, produce malestar y sufrimiento en el individuo con grados variables de inadaptación al medio circundante.
- *Situacional*: Término utilizado comúnmente en el ámbito psiquiátrico para designar cuadros sintomáticos cuya aparición se encuentra directamente relacionada con una situación traumática o conflictiva.

VALIDACIÓN: Acción y efecto de validar. Dar fuerza o firmeza a algo, hacerlo válido.

VERBALIZACIÓN SUICIDA: Comentario directo de querer privarse de la vida.

VÍCTIMA:

- *Papel o protagonismo de la:* Se refiere a aquellos casos en los cuales la propia víctima busca el enfrentamiento que culmina en su propia victimización.
- *Provocadora:* La víctima que no sólo busca el enfrentamiento, sino que directamente lo incita.
- *Relación criminal:* La relación criminal-víctima se refiere al vínculo existente entre ambos, que pudiera explicar el crimen.
- *Responsabilidad de la:* Se refiere al criterio de algunos criminólogos en cuanto a que la víctima es responsable de su propia victimización, lo cual supone una trascendencia jurídica a la hora de adecuar la sanción del homicida.

VICTIMOLOGÍA: Disciplina que tiene por objeto el estudio de la víctima, de su personalidad, de sus características biológicas, psicológicas, morales, sociales y culturales, de sus relaciones con el delincuente y del papel asumido en la génesis del delito.

VIOLENCIA (física): Todas las manifestaciones que suponen daño corporal.

VISIÓN LONGITUDINAL DEL OCCISO: Incluye toda la vida del finado, desde su nacimiento hasta su muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, K. S. et al., *Parental loss and family stability in attempted suicides*, Arch. Gen. Psychiatry, 1982, 39:1081-85.
- Alonso Fernández, *Bases psicosociales del alcoholismo*, Trabajo de inscripción en la Real Academia Nac. de Med., Garci, Londres 17, Madrid 28, 1979.
- Allebeck, P. et al., *Mortality in schizophrenia*, Arch. Gen. Psychiatry, 1986, 43:650-53.
- *Predictors of completed suicide in a cohort of 50465 young men, role of personality and deviant behavior*, Br Med. J, 1988, 297:176-78.
- *Risk factors for suicide among patients with schizophrenia*, Acta Psychiatr. Scand, 76(4), oct.-1987.
- *Suicide and violent death among patients with schizophrenia*, Acta Psychiatr. Scand., 1986, 74:43-49.
- Alterman, A. I., *Patterns of familial alcoholism, alcoholism severity and psychopathology*, J Nerv. Ment. Dis., 1988, 176:167-75.
- Amaro Suárez, F., *Alcoholismo y drogadicción, su repercusión en la violencia*, Ponencia presentada en el Taller Sociedad, Salud y Violencia, I. M. L., 1995.

- Amieiro Rodríguez, E., *Estudio criminológico de 63 hechos de homicidio y asesinato*, SIC, MININT, 1988.
- Amieiro Rodríguez, E., y Milán, G., *Consideraciones sobre la violencia criminal en Cuba. Peculiaridades para su análisis*, Inst. Inv. Crim. MININT, n° 2, agos.-1994.
- Andersson-Segesten, K., *The last period of life of the very old. A pilot study evaluating the psychological autopsy method.*, Scand J Caring Sci., 1989, 3(4).
- Angst, J. et al., *Premorbid personality of depressive bipolar and schizophrenic patients with special reference to suicidal issues*, Comp Psychiatry, 1986, 27:511-32.
- Angst, T., *Verlanf unipolar depressiver, bipolar manisch-depressiver und schizo-affective, Erkrankungen und Psychosen, Ergebnisse einer propekliven Studie* Fortschr Neurol Psychiatr, 1980, 48:3-30.
- Aniyar de Castro, L., *Victimología*, Universidad de Zulia, Venezuela, 1969.
- Asberg, M., *Biochemical aspects of suicide*, Cil Neuropharmac, 1986, 9 (Suppl 4).
- Barnes, R. A. et al., *Cohort analysis of Ontario suicides rates, 1987-76*, Can J Psychiatry, 1986, 31:208-13.
- Barracough, B. M., *The suicide rate of epilepsy*, Acta Psychiatr. Scand, 1987, 76:386.
- Barracough, B. M. et al., *A hundred cases of suicide: clinical aspects*, Br J Psychiatry, 1974, 125:355-79.
- Beck, A. T. et al., *Alcoholism, hopelessness, suicidal behavior*, J Stud Alcohol, 1976, 37:60-67.
- *Relationships of hopelessness, depression and previous suicide attempts to suicidal ideation in alcoholics*, J Stud. Alcohol, 1982.
- Berglund, M., *Cerebral dysfunction in alcoholism related to mortality and long term social adjustment*, Alc. Clin. Exp. Res., 1985, 9:153-57.
- *Suicide in alcoholism. A prospective study of 55 cases with autopsy findings*, Acta Psychiatr. Scand., 76(4), oct.-1987.

- *Suicide in alcoholism. A prospective study of 88 suicides*, Arch. Gen. Psychiatry, 1984, 41:888-891.
- *Suicide in male alcoholics with peptic ulcer*, Alc. Clin. Exp. Res., 1986, 10:631-34.
- Berglund, M. et al., *Mortality in alcoholics related to psychiatric state at first admission*, Acta Psychiatr. Scand., 1984, 70:407-416.
- *Mortality in severe depression. A prospective study including 103 suicides*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:372-80.
- *Suicide in psychiatric patients. A prospective study of 67 cases without initial signs of severe depression or alcoholism*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:431-37.
- Berman, A. L. et al., *Suicide attempts among adolescent drug users*, Am J Dis Child; mar.-1990, 144(3).
- Beskow, J., *Suicide and mental disorder in swedish men*, Acta Psychiatr Scand, 1979, Suppl 277, ps. 345-47.
- Bille-Brahe, U., *Suicide and social integration. A pilot study of desintegration levels in Norway and Denmark*, Acta Psychiatr Scand, Suppl.336, 1987, vol. 76.
- Birtchnell, J., *Some familial and clinical characteristics of female suicidal psychiatric patients*, Br J Psychiatry, 1981, 138:381-90.
- Blachly, P., *Which MDS are likely candidates for suicide?*, Med. World News, april 19, 1979.
- Blanchard, E. B.; Hickling, E. J.; Taylor, A. E., y Loss, W., *Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents*, J Nerv Ment. Dis., aug.-1995, 183(8):495-504.
- Brent, D. A. et al., *The psychological autopsy: methodological consideration for the study of adolescent suicide*, J Am Acad Child Adolesc. Psychiatry, 27(3), 1988.
- Brison, R. J., *Risk of automobile accidents in cigarette smokers*, Can. J. Public. Health, mar.-apr.-1990, 81(2):102-6.
- Bronisch, T. et al., *Comparison of depressed patients with and without suicide attempts in their past history*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:438-49.

- Brow, G. L. et al., *Human aggression and suicide*, Suicide Life Threat, Behav, 1986, 1:223-39.
- Bulpit, C. J. et al., *Psychological features of patients with hypertension attending hospital follow-up clinics*, J Psychosom Res, 1976, 20:403-10.
- Chesher, G. B., *The influence of analgesic drugs in road crashes*, Accid. Anal. & Prev., vol. 17, n° 4, 1985
- Chynoweth, R. et al., *Suicide in Brisbane-a retrospective psychosocial study*, Austral New Zealand J Psychiatry, 1980, 14:37-45.
- Civeira Murillo, J. et al., *Intervención en la conducta suicida*. Psicopatología, 5(2), abr.-jun. 1985.
- Clinard, M. B., y Quinney, R., *Criminal Behavior Systems. A Typology*, Hot. Rinehart and Winston Inc., New York, USA, 1967.
- Christensen, L. Q.; Nielsen, L. M., y Nielsen, S. L., *Traffic accidents and drivers suspected for drug influence*, Forensic. Sci. Int., apr.-1990, 45(3):273-80.
- Christoffel, K. K. et al., *Psychosocial factors in childhood pedestrian injury, a matched case-control study*, Pediatrics, jan.-1996, 97(1):33-42.
- Connolly, J. F.; Cullen, A., y McTigue, O., *Single road traffic deaths-accident or suicide?*, Crisis, 1995, 16(2):85-9.
- Curphey, T. J., *The role of the social scientist in the medico-legal certification of death by suicide. The Cry for Help*, N. L. Farberow and Shneidman, MacGraw Hill, New York, 1961.
- Davis, R. A., *Female labor force participation, status integration and suicide, 1950-1969*, Suicide Life Threat. Behav., 1981, 11:111-123.
- Declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, Bol. Ofic. Sanit Panam, vol. 118, n° 2, feb.-1995.
- Delgado Álvarez, M., *Los niños de y en la calle de la ciudad de México DF*, Eguzquillore, Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología, n° 8, San Sebastián, 1994.

- Departamento Provincial de Higiene y Epidemiología de la ciudad de La Habana. Informe Estadístico Anual de Mortalidad, 1995.
- Díaz Padrón, J. A., y Henríquez, E. C., "Análisis psicológico de un muerto (el homicidio del Teniente Jack Lester Mee)", en *Responsabilidad criminal ante los tribunales*, La Habana, 1947.
- Diesktra, R. F. W., *On the epidemiology of attempted suicide in the EEC*, In Wilmotle J, Mendlewicz J, Bibliotheca Psychiatrica, nº 162, "New tends in suicide prevention", Basel-Karger, 1982.
- Diesktra, R. F. W. et al., *Attitudes toward suicide in the general population*, Leiden, Department of Clinical Psychology Internal Report, 1982.
- Diller, J., *The psychological autopsy in equivocal deaths*, Perspective Care, vol. 17, nº 4, july.-aug. 1979.
- Dilling, H. et al., *Prevalence of mental disorders in the small town rural region of Traunstein (Uper Bavaria)*, Acta Psychiatr. Scand., 1984, 69:60-79.
- Dorpat, T. J. et al., *Broken homes and completed and attempted suicides*, Arch. Gen. Psychiatry, 1965, 12:213-16.
- Douglas, A., y Sargent, J. D., *Council of Scientific Affairs. Results and implications of the AMA-APA Physician Mortality Project. Stage II*, JAMA, june-5, vol. 257, nº 21.
- Douglas, J. D., *The social meanings of suicide*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey, 1967
- D'Toole, B. I., *Intelligence and behavior and motor vehicle accident mortality*, Accid. Anal. Prev., jun.-1990, 22(3):211-21.
- Drake, R. E. et al., *Suicide among schizophrenics*, A review Comp Psychiatry, 1985, 26:90-100.
- Durkheim, E., *Suicide*, The Free Press, New York, 1951.
- Egeland, J. A., *Suicide and family loading for affective disorders*, JAMA 254(7), aug.-1985, ps. 915-28.
- Essen-Moller, E., *On classification of mental disorders*, Acta Psychiatr. Scand., 1961, 37:199-26.

- Farberow, N. L. et al., *Suicide among with diagnosis of anxiety reaction or depressive reaction in general medicinal and surgical hospitals*, J Abnorm Psychol., 1966, 71:287-99.
- Fattah, E., *Is the victim blameless?*, Med. Sci. Law, jan.-1990, 30(1):34-8.
- *Towards a Criminological Clasification of Victims*, International Criminal Police Review, USA, 1967.
- Ferrer Marrero, D. et al., *Glosario de términos del Taller Sociedad, Salud y Violencia*, IML, 1995.
- Firestone, R. W. et al., *Microsuicide and suicidal threats of everyday life*, Psychotherapy, 1987, 24(1).
- Fleiss, J. L. et al., *Large sample standard errors of Kappa and weighted Kappa*, Psych Bull. 72, 1969.
- Frankel, E., *One Thousand Murderer*, J Crim Law, Criminol, and Police Sci., 129(1938-1939), 1939.
- Frederick, C. J., *Current trends in suicidal behavior in the United States*, Am J Psychoter, 1978, 32:172-200.
- Freedman, A. M. et al., *Tratado de psiquiatría*, Científico-Técnica, 1983.
- Frei, A.; Gerhard, U., y Rummele, W., *Catamnesis of psychiatrically evaluated automobile drivers*, Schweiz Arch. Neurol. Psychiatr., 1990, 141(2):123-38.
- Freud, S., *El delincuente por culpabilidad*, Obras Completas, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
- *Trauer und melancholie*, Ges WX, Imago, London, 1917.
- Gálvez Cabrera, E., y González Pérez, J., *Accidentes del tránsito*, Ponencia presentada en el Taller Sociedad, Salud y Violencia del Instituto de Medicina Legal, dic.-1994.
- García Pérez, T. et al., *Caracterización del suicidio en Cuba*, Revista Noticia, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, 2004.
- García Pérez, T., y Rojas López, R., *Contenido esencial mínimo del diplomado en investigación de homicidios*, CID, Villa Clara, Cuba, 2005.

- Gawron, V. J., y Ranney, T. A., *The effects of spot treatments on performance in a driving simulator under sober and alcohol dosed conditions*, *Accid. Anal. Prev.*, jun.-1990, 22(3): 263-79.
- Gisbert Calabuig, J. A., *Medicina legal y toxicología*, Saber, 1977.
- Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-2), Hosp. Psiqu. de La Habana, 1983.
- Goldberg, L., y Gara, M. A., *A typology of psychiatric reactions to motor vehicle accidents*, *Psychopathology*, 1990, 23 (1): 15-20.
- Goldney, R. D. et al., *Cohort analysis of suicide rates in Australia*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40:71-74.
- Gomberg, E. L., *Drinking and problem drinking among the elderly*, Ann Arbor MI Univ. of Michigan, Institute of Gerontology, 1980.
- González Menéndez, R., *El médico ante el trastorno psiquiátrico menor*, Ote, 1980.
- *La gestión diagnóstica en la atención del alcohólico*, *Rev. del HPH*, vol. XVII, n° 4, oct.-dic.-1986.
- *La prevención del alcoholismo*, *Rev. del HPH*, vol. XXVI, n°1, ene.-mar.-1985.
- *Los cuestionarios de alcoholismo, su relevancia clínico-epidemiológica*, *Rev. Hosp. Psiqu. de La Habana*, vol. XXVIII, n° 3, jul.-sept. 1987.
- Goodman, R. et al., *Alcohol use and interpersonal violence, alcohol detected in homicide victims*, *Am Journal of Public Health*, feb.-1986, vol. 76(2):144.
- Goreta, M., *Psychodynamics aspects of criminal behavior*, *Acta Med. Iugosl.*, 1991, 45(1):87-105.
- Greenberg, M. et al., *Temporal clustering of homicide among urban 15-to year-old white and black Americans*, *Ethn-Dis.*, 1991, 1(4):342-50.
- Grosse Aldenhovel, H., *Alcoholic polyneuropathy and myo-*

- pathy. a contribution to clinic. neurologic diagnosis of alcoholic patients*, Blutalkohol, jul.-1990, 27(4):272-8.
- Gruner, O., y Bilzer, W., *Comparative viewpoint of expert assessment by the federal health office in relation to "On the question of alcohol in traffic infractions"(1966) and "On safety values in blood alcohol determination"(1989)*, Blutalkohol, may.-1990, 27(3):222-6.
- Grupo de psicología de tropas*, Guía de apreciación psicológica, MININT, 1990.
- Gully, S.M.; Whitney, D. J., y Vanosdall, F. F., *Prediction of police officers traffic accident involvement using behavioral observations*, Accid. Anal. Prev., jun.-1995, 27(3):355-62.
- Guppy, A., y Adams-Guppy, (jr.), *Behavior and perceptions related to drink-driving among an international sample of company vehicle drivers*, J Stud, Alcohol, may.-1995, 56(3):348-55.
- Guze, S. B. et al., *Suicide and primary affective disorders*, Br J Psychiatry, 1970, 117:437-38.
- Haider, I., *Suicidal attempts in children and adolescents*, Br J Psychiatry, 1968, 114:1133-34.
- Hammett, M. et al., *Homicide surveillance. United States, 1979-1988*, MMWR-CDC-Surveill-Summ, may.-1992, 41(3):1-33.
- Harford, T. C. et al., *Psychosocial factors in adolescent drinking contexts*, J Stud Alcohol, 1987, 48(6).
- Harris, R. et al., *Suicide attempts among drug abusers. Suicide and Life Threatening Behavior*, 1979, 9:25-32.
- Hawton, K. et al., *Adolescents who take overdoses. Their characteristics, problems and contacts with helping agencies*, Br J Psychiatry, 1982, 140:118-23.
- Hendin, H., *Suicide, areview of new directions in research*, Hosp. Community Psychiatry, 1986, 37:148-54.
- Hellon, C.P. et al., *Suicide and age in Alberta, Canada, 1961-1977. The changing profile*, Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37:505-10.
- Hernández, A. C.; Newcomb, M. D., y Rabow, J., *Types of drunk-*

- driving intervention: prevalence success and gender*, J. Stud. Alcohol, jul.-1995, 56(4):408-13.
- Hesnard, A., *Psicología del crimen*, Zeus, Barcelona, 1963.
- Historia clínica psiquiátrica*, Centro Nacional de Salud Mental, Ministerio del Interior, 1990.
- Hisschfeld, R. M. A. et al., "Personality, life events and others psychosocial factors in adolescent depression and suicide", in Klerman, G. L. de, *Suicide and depression among adolescent and young adults*, Am Psychiatr. Press, 1986:215.
- Hoberman, H. M. et al., *Completed suicide in youth ¿see comments?*, Can J Psychiatry, 1988 (aug), 33(6).
- Hodqman, C. H., *Recent findings in adolescent depression and suicide*, J Dev. Behav. Pediatr., 1985, 6:162-70.
- Howard, G., *Alcoholism and drug abuse, some legal issues for employers*, Br J. Addict., may.-1990, 85(5):593-603.
- Huszar, I., *Emocionalis funkciózavarok es az onqyilkossagi veszelyeztetetlseg Budapest*, Jozsfvaros ret orvosi korzete populaciojaban Tarsadalmi Beilleszkedes, Zavarok Buletin, V, 1985, ps. 32-74.
- Jacobson, B. et al., *Perinatal origen of adult self-autodestructive behavior*, Acta Psychiatr. Scand., 1987, 76:364-71.
- James, J. D., *Blood alcohol levels following successful suicide*, QJ Stud. Alcohol, 1966, 27:23-29.
- Jamison, K. R., *Suicide and bipolar disorders. Psychobiology of suicidal behavior*, Ann New York Acad. Sci., 1986, 487:301-15.
- Jarvis, G. K., *The probability of suicide. Identification of Canadian population segments at high risk*. Dpto. of Sociology, University of Alberta, Edmonton, 1980.
- Jiménez de Asúa, Luis, *Crónica del crimen*, Jesús Montero, La Habana, 1950.
- Job, R. F., *The application of learning theory to driving confidence: the effect of age and the impact of random breath testing*, Accid. Anal. Prev., apr.-1990, 22(2):97-107.
- Johnson, G. F. et al., *Suicidal behavior in bipolar manic-depres-*

- sive patients and their families*, *Comprehens Psychiatry*, 1979, 20:159-64.
- Jordán, J. R., *Desarrollo humano en Cuba*, Científico-Técnica, 1979.
- Kellermann, A. L. y Mercy, J. A., *Men, women and murder, gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization*, *J. Trauma*, jul.-1992, 33(1).
- Kendall, R. E., *Alcohol and suicide*, *Subst. Alcohol Actions Measure*, 1983, 4:121-27.
- Kessler, R. C. et al., *Trends in the relationship between sex and attempted suicide*, *J Health Soc. Behav.*, 1983, 24:98-110.
- Kety, S., *Funktionstorunger in menschlchen gehirn*, *Spektrum der Wissenschaft*, 1979, 11:137-43.
- Kim, K.; Nitz, L.; Richardson, J., y Li, L., *Personal and behavioral predictors of automobile crash and injury severity*, *Accid. Anal. Prev.*, aug.-1995, 27(4):469-81.
- Kimmel, S. R., y Nagel, R. W., *Bicycle safety knowledge and behavior in school age children*, *J Fam. Pract.*, jun.-1990, 30(6):677- 80.
- Klerman, G. L., *Clinical epidemiology of suicide*, *J Clin. Psychiatry*, 1987, nº 8, ps. 33-38.
- Kolata, G. B., *Behavioral teratology. Birth defects of mind*, *Science*, 1978, 202:732-34.
- Kolmos, L., *Suicide in Scandinavia. An epidemiological analysis*, *Acta Psychiatr. Scand.*, Suppl.336, 1987, vol. 76.
- Koop, M. S. et al., *Neurotics at risk and suicidal behavior in the Hungarian population*, *Acta Psychiatr. Scand.*, 76(4), oct.-1987.
- Kraft, D. P. et al., *Suicide by persons with and without psychiatric contacts*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 32:209-15.
- Kruger, H. P., *Absolute driving incapacity at 1.0 promille, an erroneous limit.*, *Blutalkohol*, may.-1990, 27(3):182-201.
- Lerer, L. B., *Women, homicide and alcohol in Cape Town, South Africa*, *Forensic Sci. Int.*, jul.-1992, 55(1):93-9.

- Lester, D., *Alcohol consumption and rates of personal violence in Australia*, Drug. Alcohol Depend., oct.-1992, 31(1):15.
- Lis, G. M., y Craig, C. A., *Homicide in the workplace in Ontario, occupations at risk and limitations of existing data sources*, Can. J Pub. Health, jan.-feb.-1990, 81(1).
- Litman, R. E., *Psychological-psychiatric aspects of certifying modes of death*, J. Forensic Sc, vol. 13, n° 1, jan.-1968.
- *500 psychological autopsies*, J. Forensic Sc., vol. 34, n° 3, may.-1989.
- Litman, R. E. et al., *Investigation of equivocal suicides*, JAMA, 1963, vol. 184.
- Lo, M.; Vulectic, J. C., y Kmelmeyer, T. D., *Homicides in Auckland, New Zealand. A 14 years study*. Am J Forensic. Med. Pathol., mar.-1992, 13 (1):44-49.
- Lonnqvist, J., *Psychotropic drugs and self-destructive behavior*, Suicide research, Psychiatria Fennica, 1977.
- López-Rey Arrojo, M., *Introducción al estudio de la criminología*, El Ateneo, Buenos Aires, 1945.
- Lyketsos, G. et al., *Psychological characteristics of hypertensive and ulcer patients*, J. Psychosom Res, 1982, 26:235-62.
- Mannering, F. L., y Grodsky, L. L., *Statistical analysis of motorcyclists perceived accident risk*, Acad. Anal. Prev., feb.-1995, 27(1):21-31.
- Marchiori, H., *Psicología criminal*, Porrúa, México, 1980.
- Martin, R. L. et al., *Mortality in a follow-up of 500 psychiatric out-patients. I Total mortality*, Arch. Gen. Psychiatry, 1985, 42:47-54.
- *Mortality in a follow-up of 500 psychiatric out-patients II. Cause specific mortality*, Arch. Gen. Psychiatry., 1985, 42:58-66.
- Marzuk, P. M. et al., *Increased risk of suicide in persons with AIDS*, JAMA, 1988, vol. 259, n° 9.
- Mason, A. P., and Mc Bay, A. J., *Ethanol, marijuana and other drug use in 600 drivers killed in single-vehicle crashes in*

- North Carolina, 1978-1981*, Journal of Forensic Sciences, vol. 29, nº 4, oct.-1984.
- Mata, E., *Serotonina, autoritarismo y violencia*. Psiquiatría Biológica. Aportes Argentinos, 1994.
- Mayfield, D. G. et al., *Alcoholism, alcohol intoxication and suicide attempts*, Arch. Gen. Psychiatry, 1972, 27:349-53.
- Mazola Fiallo, M. E., *Sobre los factores históricos de la violencia en Cuba*, ponencia presentada en el Taller Sociedad, Salud y Violencia, IML, nov.-1994.
- Mc Anarney, S. R., *Suicidal behavior of children and youth*, Ped. Clin. Nth Am. 22, 1975.
- Mc Dowal, A. W. T. et al., *Subsequent suicide in depressed inpatients*, Br J Psychiatry, 1968, 114:749-54.
- Mc Intire, M. S. et al., *Recurrent adolescent suicidal behavior*, Pediatrics, 1977, 60:605-608.
- Mc Intosh, J. L., *Sex difference trends in completed suicide*, Suicide Life Threat Behav, 1986, 16:16-27.
- Mc Intosh, J. L. et al., *Methods of suicide by age, sex and race, differences among young and old*, Int. J Aging Hum. Dev., 1985, 22:139-55.
- *Suicide among the elderly; a review of issues with case studies*, J Gerontology Soc. Work, 1981, 4(1), ps. 63-74.
- Menninger, K., *Man against himself*, Harcourt Brace Jovanovich Inc., New York, 1938.
- Merrill, J. et al., *Ethnic differences in self-poisoning. A comparison of asian and white groups*, Br J Psychiatry, 1986, (148).
- Meyer, M., *Fatigue-induced unsafe driving by occupational drivers. Criminologic knowledge and legal consequences*, Arch. Kriminol., mar.-apr.-1990, 185(3-4):65-79.
- Miller, H. L., *An awareness of effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States*, Am Pub. Health, 1984, 74:340-43.
- MINSAP, Anuario estadístico, Direc. Nac. Estad. República de Cuba, 1993.

- Miranda Rabasa, P. R., *Las muertes violentas y el alcoholismo agudo*, TE. IML, La Habana, 1985.
- Mitterauer, B., *Das suizidale Achsensyndrom. Eine medizinisch biologische studie zur Abschätzung der suizidalität*, Wien Med Wschr, 1981, Suppl 68.
- *Zur rolle genetischer faktoren beim selbstmord, diskutier anhand von vier untersuchungen, in Einer Epidemiologisch geschlossenen gebiet (Bundesland Salzburg, Österreich)*, Psychiat. Prax, 1986, 113:231-35.
- Mitterauer, B. et al., *Familienanamnestische untersuchungen von 89 selbstmordern nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung*, Wien Med. Wschr., 1984, 134:37-43.
- Modestin, J., y Ammann, R., *Mental disorder and criminal behavior*, Br J Psychiatry, may.-1995, 166(5):667-75.
- Moksony, F., *Telepulesi tenyezossaq*, Research Reports of the Demograhis Institute Budapest, 1984, 19:5.
- Moore, R., *Legal responsability and chronic alcoholism*, The Am. Journal of Psychiatry, jan.-1966, 122(1):748.
- Motto, J. A., *Suicide risk factors in alcohol abuse*, Suicide and Life-Threatening Behavior, 1980, 10:230-38.
- *Suicide risk factors in drug abuse*, Crisis, 1980, 1:8-15.
- Murphy, G. E. et al., *Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor*, Arch. Gen. Psychiatry, 1979, 36: 65-9.
- *Suicide risk by birth cohort in the United States 1949 to 1974*, Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37:519-23.
- Nestor, P. G., *Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population*, J Nerv. Ment. Dis., jul.-1992, 180(7):418.
- Nesturj, M. F., *Las razas humanas*, Progreso, Moscú, 1976.
- Neuman, E., *Victimología*, Cárdenas, México, 1989.
- Newson-Smith, J. et al., "Psychiatric symptoms in selfpoisoning patients", in Farmer, R., Hirsch, S., *The suicide syndrome*, Groom Helm, London, 1980.

- Nordstrom, P. et al., *Suicide risk by age and birth cohort in Sweden*, Crisis, 1986, 7:75-80.
- Notas del Curso Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en Cuba*, INHEM, 1990.
- OPS-OMS, *Clasificación internacional de enfermedades*, Revisión, 1974.
- Ortiz, F., *Los negros curros*, Ciencias Sociales, La Habana, 1976.
- Osgood, N. J., *Suicide in the elderly, a practitioner's guide to diagnosis and mental health intervention*, Aspen Systems, 1985.
- Owen, S. M.; Mc Bay, A. J., and Cook, C. E., *The use of marijuana ethanol, and other drugs among drivers killed in single-vehicle crashes*, Journal of Forensic Sciences, vol. 28, n° 2, apr.-1983.
- Palola, E. et al., "Alcoholism and suicidal behavior", in Pittman, D. J., and Snyder, C. R., *Society, culture and drinking patterns*, J Wiley, New York, 1962.
- Parker, D., y West, R.; Stradling, S., y Manstead, A. S., *Behavioural characteristics and involvement in different types of traffic accident*, Accid. Anal. Prev., aug.-1995, 27(4):71-81.
- Parker, R. S., y Rosenblum, A., *The loss and emotional dysfunctions after mild head injury incurred in a motor vehicle accident*, J Clin. Psychol., jan.-1996, 52(1):32-43.
- Paykel, E. S. et al., *Suicide attempts follows acute depression*, J Nerv. Ment. Dis., 1971, 153:234-43.
- Perris, C. et al., *A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. Mortality, suicide and life-cycles*, Acta Psychiatr. Scand., 1966, Suppl 194.
- Peyser, J. A. et al., *Tolerance at high blood alcohol concentrations*, J Forensic Sc, vol. 31, n° 1, jan.-1986.
- Pokorny, A. D., *Prediction of suicide in psychiatric patients*, Arch. Gen. Psychiatry, 1983, 40:249-57.
- Reinfurt, D. W. et al., *Evaluating the North Carolina safety*

- belt wearing law*, *Accid. Anal. Prev.*, jun.-1990, 22(3):197-210.
- Rich, C. L. et al., *San Diego suicide study I. Young vs old subjects*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1986, 43:577-82.
- Robins, E. et al., *Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful cases*, *Am J Public Health*, 1959.
- Robinson, E. S. et al., *Delusional depression. One year follow up*, *J Affect. Dis.*, 1985, 9:79-83.
- Rodríguez Manzanera, L., *Criminología*, Porrúa, México, 1993.
- *El homicidio en México. Criminología en América Latina*. UNICRI, pub. 33, Roma, mayo 1990.
- *Victimología. Estudio de la víctima*, 2ª. ed., Porrúa, México, 1990
- Rose St, P. et al., *Depression, delusions and suicide*, *Am J Psychiatry*, 1983, 140: 1159-62.
- Roslund, B., and Larson, C. A., *Crimes of violence and alcohol abuse in Sweden*, *Int. J. Addict.*, vol. 14, 1979.
- Ross, M., *Physicians who kill themselves*, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1973, 29:800-5.
- *Suicide among physicians: A psychological study*, *Dis. Nerv. Syst.*, 1973, 34:145-50.
- Rothberg, J. M. et al., *Suicide in the USA. Epidemiological and periodic aspects*, *Suicide Life Threat Behav*, 1987, 17:2.
- Roy, A., *Genetics of suicide. Psychobiology suicidal behavior*, *Man J. J. Stanley M, Ann. NY Acad. Sci.*, 1986, 487:97-105.
- *Suicide in chronic schizophrenia*, *Br J Psychiatry*, 1982, 141:171-72.
- *Suicide in schizophrenia*, William & Wilkins, Baltimore, 1986.
- Ruhle, R., y Wolff, H., *Psychological aspects of traffic fitness of aging car drivers*, *Z Gesamte Hyg*, jul.-1990, 36(7):346-50.
- Ruiz-Funes, M., *Estudios criminológicos*, Jesús Montero, *Bibliot. Juríd. de Autores Cub. y Extranj.*, vol. CLV, 1952.

- Rutter, M., *Changing youth in a changing society*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1980.
- Rydelius, A., *The development of antisocial behavior and sudden violent death*, Acta Psychiatr. Scand., 1988.
- Sainsbury, P., *Depression, suicide and suicide prevention*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1986.
- *Suicide in later life*, Gerontol. Clin., 1962, 4:161-70.
- *Suicide in old age*, Proc. R Soc. Med., 1961, 54:266-68.
- Sainsbury, P. et al., *The social correlates of suicide in Europe*, in Farmer, R., and Hirsch, S. R., *The suicide syndrome*, London, Croom Helm, 1980.
- Saxon, S. et al., *Drug abuse and suicide*, Am J Drug. Alcohol Abuse, 1978, 5:485-95.
- Schuckit, M. A. et al., *Alcoholism in elderly men, a survey of a general medical ward*, Ann NY Acad. Sci., 1976, 273:558-71.
- Scott, K. W., *Homicide patters in the West Midlans*, Med. Sci. Law, jul.-1990, 30(3).
- Seib, H., *Knowledge to accident causation research in relation to age-induced decrease in the perfomance of elderly motorists, their accident risk and legal consecuenses*, Z Gerontol., mar.-apr.-1990, 23(2):86-96.
- Selakovic, S. et al., *Alcoholics and nonalcoholics in suicide attempts, depression et suicide*, Pergamon Perss, New York, 1981:467-71.
- Seligman, M. E., "Learned helplessness and depression in animals and men", in Spence, J. T. de., *Behavioral approaches to therapy*, Morristown, NJ. Gral Learning Press, 1976.
- Serfaty, E. M., *Violencia y serotonina*, Psiquiatría Biológica. Aportes Argentinos, 1994.
- Shafii, M. et al., *Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents*, Am J Psychiatry (142), 1985.
- Shneidman, E. S., *Aphorisms of suicide and some implications for psychoterapy*, Am J Psychoter., 1984, 38:314-28.
- *Deaths of man*, Quadrangle Books, New York, 1973.

- *Suicide among the gifted. Suicidology contemporary developments*, De Greenblatt, M. D.; Grune & Stratton, 1976.
- Shneidman, E. S. et al., *The psychology of suicide*, Science House, New York, 1970.
- Simon, F., y Corbett, C., *Road traffic offending, stress, age and accident history among male and female drivers*, *Ergonomic*, may.-1996, 39(5):757-80.
- Simonin, C., *Medicina legal judicial*, 3ª ed., JIMS, Barcelona, 1980.
- Sims, A., *Neurosis and mortality. Investigation and association*, *J Psychosom Res.*, 1984, 28:353-62.
- Sims, M., *Sex and age patterns in suicide rates in a Canadian province: with particular reference to suicide by means of poison*, *Life Threat. Behav.*, 1974, 4:139-59.
- Smith, R., *Occupationless health. "I couldn't stand it any more". Suicide and unemployment*, *Br Med J (Clin. Rev)* 291, nov.-1985.
- Snyder, L. M., *Investigación de homicidios*, Cptán San Luis, ciudad de La Habana.
- Spellman, A. et al., *Suicide? Accident? Predictable? Avoidable? The psychological autopsy in jail suicides*. *Psychiatr. O.*, 1989 Summer, 60(2).
- Speltz, M. L.; González, N.; Sulzbacher, S., y Quan, L., *Assessment of injury risk in young and children, a preliminary study of the injury behavior checklist*. *J Pediatr. Psychol.*, jun.-1990, 15(3):373-83.
- Solnick, S. J., y Hemenway, D., *Hit the bottle and run, the role of alcohol in hit-and-run pedestrian fatalities*, *J Stud. Alcohol*, nov.-1994, 55(6):679-84.
- Stanley, E. J. et al. *Adolescent suicide behavior*, *Am J Orthopsychiat.*, 1970, 40:87-96.
- Stater, J. et al., *The contribution of environmental events and social support to serious suicide attempts in primary depressive disorder*, *J Abnorm Psychology*, 1981, 90:275-85.
- Streiner, D. L. et al., *Evaluation of the effectiveness of suicide*

- prevention programs. A metodological perspective*, Suicide Life Threat. Behav., 1987, 17(2).
- Sutton, L. R., *The effects of alcohol, marijuana and their combination on driving ability*, Journal of Studies on Alcohol, vol. 44, n° 3, may.-1983.
- Swaddiwudhipong, W. et al., *Epidemiologic characteristics of drivers, vehicles, pedestrians and road enviroments involved in road traffic injuries in rural Thailand*, Southeast. Asian, J. Trop. Med. Public. Health, mar.-1994, 25(1):37-44.
- Szabady, B. A., *Termekenysegi teruleti kulonbsegeinek es valtozasainak okai*, Demografia, 1977, 20:413-67.
- Terroba, G., y Saltijeral, M. T., *La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio*, Sal. Púb. Méx., vol. 25, 1983.
- Terroba Garza, G. et al., *El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida*, Sal. Púb. Méx., 1986, 28:489.
- Tishler, C. L. et al., *Adolescents suicide attempts: some significant factors*, Suicide and Life, Threatening Behavior, 1982, 11:86-92.
- Tocaven, R., *Notas del curso internacional victimología y delito*, La Habana, oct.-1993.
- Trankle, U.; Gelau, C., y Metker, T., *Risk perception and age-specific accidents of young drivers*, Acciden. Anal. Prev., apr.-1990, 22(2):119-25.
- Tsuang, M. T., *Genetic factors in suicide*, Dis. New Syst., 1977, 38:498-501.
- Tsuang, M. T. et al., *Excess mortality in schizophrenia and affective disorders. Do suicides and accidental deaths solely account for this excess?*, Arch. Gen. Psychiatry, 1978, 35:1181-85.
- *Premature deaths in schizophrenia and affective disorders*, Arch. Gen. Psychiatry, 1980, 37:979-83.
- Tuckman, J., *Suicide and family desorganization*, J. Genetic Psychology, 1964, 105:187-93.
- Turner, R. M., *Parasuicide in a urban general practice 1970-79*, J Royal Coll Gen. Pract., 1982, 32:373-81.

- Valdés Mier, M., Conferencia impartida en el Curso Nacional de Prevención de la Conducta Suicida en Cuba, INHEM, ene.-1990.
- Vargas, E., *Medicina forense y deontología*.
- Vogel, R. et al., *Chances for estimating suicide among impatient treated depressive disorders*, paper presented at the first European Symposium on Empirical Research of Suicidal Behavior, Munich, march-1986.
- Volavka, J. et al., *Psychobiology of the violent offender*, J Forensic Sc., jan.-1992, 37(1):237.
- von Heuting, Hans, *El asesinato*, Espasa-Calpe, Madrid, 1962.
- von Knorring, L. et al., *Personality traits in subtypes of alcoholics*, J Stud. Alcohol, 1987.
- Weeke, A. et al., *Suicide among manic depressives*, Abstracted 21st Nordic. Congress on Psychiatry, Adense, Denmark, 1985.
- Weissman, M. M. et al., *Hostility and depression associated with suicide attempts*, Am J. Psychiatry, 1973, 130:450-5.
- Wenz, F. V., *Effects of seasons and sociologic variables on suicidal behavior*, Public. Health Rep., 1977, 92:233-39.
- Winkler, W.; Jacobshagen, W., y Nickel, W. R., *Long-term effect of courses for repeat alcoholic intoxication in automobile drivers. Studies after 60 months probation*, Blutalkohol, may.-1990, 27(3):154-74.
- Winokur, G., *Alcoholism and depression*, Subst. Alcohol Actions Misure, 1983, 4:11-19.
- Wisdom, J. O., *Die psychoanalytischen themen uber die melancholie esturicklungsgeschichte und vergleich*, Psychoanal, 1967, 4:102-54.
- Wolfersdorf, M., "Depression bei suiziden stationarer psychiatrischer patienten", in Welz, R., and Moller, J., *Bestandsaufnahme der suizidforschung. Epidemiologie, praventione und therapie*, Regensburg, S. Roderer Verlag, 1984.
- Wolfersdorf, M. et al., *Delusional depression and suicide*, Acta Psychiatr Scand., 1987, 76(4):359-63.

- Wolfgang, M. E. A., *Preface in Criminal Homicide*, Univ. of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1958.
- Wolfgang, M., y Ferracuti, F., *La subcultura de la violencia*, 1967.
- Wolk-Wasserman, D., *Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others*, Acta Psychiatr. Scand., 1986, 73:481-99.
- Wyss, D. et al., *Characteristics of 167 consecutive traffic accident victims with special reference to alcohol intoxication, a prospective study*, Soz. Praventamed, 1990, 35(3):108-16.
- Yunes, J., *Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas*, Bol. Of. Sanit. Panam., 1993, 114(4):315.
- Zimberg, S., *The elderly alcoholic*, Gerontologist, 1974, 4(3).

La presente edición consta de 1.000 ejemplares.

Impreso en Idea Gráfica, Av. Presidente Perón 3785
(ex Gaona), El Palomar, Buenos Aires, Argentina,
en el mes de febrero de 2007.