



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**VALORACIÓN DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA:
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN (VAAP)**

AUTORA

BEATRIZ DORRIO LOURIDO

A CORUÑA

2013



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD DE A CORUÑA

TESIS DOCTORAL

**VALORACIÓN DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA: PROTOCOLO DE
ACTUACIÓN (VAAP)**

AUTORA

BEATRIZ DORRIO LOURIDO

DIRECTORES

Dr. D. MIGUEL CLEMENTE DÍAZ

Dr. D. PABLO ESPINOSA BREEN

A CORUÑA 2013

Mis Agradecimientos a todos los padres, madres, hermanos/as, hijos/as, compañeros y amigos que me han ayudado en este trabajo.

Un reconocimiento especial también, a aquellas entidades como la Asociación Sociocultural de minusválidos y las Hermana Oblatas de Ferrol. Por su colaboración desinteresada

Gracias

ÍNDICE GENERAL:

RESUMEN	13
INTRODUCCIÓN	26
MARCO TEÓRICO GENERAL: AUTOPSIA Y MUERTE.....	31
1. AUTOPSIA Y MUERTE.	32
1.1. La Muerte.	32
1.1.1. Desarrollo evolutivo de la muerte.	32
1.1.1.1. Definición de muerte.	34
1.1.1.2. Diagnóstico de muerte.	34
1.1.1.3. Establecimiento de la causa de muerte.	35
1.2. La Autopsia.....	37
1.2.1 Historia de la Autopsia.....	38
1.2.2. Tipos de Autopsia.	38
1.2.2.1 Autopsia psicológica.....	39
1.2.2.2 Autopsia clínica.	41
1.2.2.3 Autopsia fetal.....	41
1.2.2.4 Autopsia judicial.....	42
1.2.3. Desarrollo del proceso de autopsia.....	42
1.2.4. Métodos de autopsia.....	43
1.2.5. Escena de los hechos.	44
1.2.5.1. Aportación de la psicología jurídica.	45
1.2.6. Documentación legal.....	45
1.2.6.1.-La documentoscopia.....	46
MARCO TEÓRICO ESPECÍFICO: LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA DENTRO DE LA	

PSICOLOGÍA JURÍDICA.....	48
2.- LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA DENTRO DE LA PSICOLOGÍA JURÍDICA.....	49
2.1. Áreas de la Psicología Jurídica vinculadas a la Autopsia Psicológica.	49
2.1.1. Historia.....	51
2.1.1.1 Desarrollo de la Psicología jurídica relacionada con la Autopsia Psicológica. ...	52
2.1.2. Definición, concepto y objetivos.....	53
2.1.3. La Psicología Jurídica en España.....	56
2.1.4. Ámbito de actuación vinculado a la Autopsia Psicológica.	58
2.1.5 La memoria y los testigos: El testimonio.....	62
2.1.5.1. La retención y recuperación.....	66
2.1.5.2. Ruedas de identificación.....	68
2.1.5.3. Evaluación de la identificación.....	69
2.1.5.4. Credibilidad del testimonio.....	69
2.1.5.5. Descubriendo la mentira.....	70
2.1.6 Victimología.....	76
2.1.6.1 Victimogénesis.....	78
2.1.6.2. Victimodogmática.....	78
2.1.6.3 Concepto de víctima.....	78
2.1.6.4. Evaluación del daño.....	81
2.1.6.5. Victimización secundaria.....	82
2.2 Suicidio.....	84
2.2.1. Evolución histórica.....	84
2.2.1.1. Visión sociológica del suicidio.....	85
2.2.1.2 El suicidio y la ley.....	86
2.2.2 Teorías psicológicas.....	87
2.2.2.1 Factores psicológicos influyentes en el suicidio.....	88
2.2.3 Causas que llevan al suicidio.....	89
2.2.3.1. Depresión y suicidio.....	90

2.2.3.2. El suicidio en los adolescentes.....	91
2.2.3.3. La comunicación en el acto suicida.....	92
2.2.3.4. Características del suicidio.....	93
2.2.3.5 Cómo se interroga sobre ideas suicidas.....	94
2.3. Homicidio.....	96
2.3.1. Homicidio y asesinato.....	97
2.3.2. Clasificaciones generales.....	98
2.3.2.1. Regulación en España.....	98
2.3.2.2. Violencia ley y psicopatología.....	99
2.3.3. Imputabilidad y responsabilidad penal.....	100
2.3.4. Predictores delictivos en Psicología.....	102
2.3.4.1. Conducta antisocial y delictiva.....	103
2.3.4.2 La delincuencia violenta.....	104
2.3.5 Definición del perfil criminal.....	105
2.3.5.1. Historia de Psicología y crimen.....	106
2.3.5.2. Perfil criminológico.....	106
2.3.6. Predicción del delito.....	107
2.3.7. Análisis de la conducta criminal.....	108
2.3.7.1 Psicología de la investigación criminal.....	109
2.3.8. Muerte por violencia contra la mujer.....	110
2.4. Accidentología y muerte.....	113
2.4.1 Accidentología: etimología y orígenes.....	113
2.4.2. El perito en accidentes viales.....	115
2.4.3 Las lesiones en la circulación.....	115
2.4.3.1. Somatización del impacto.....	116
2.4.4. Personalidad y conducción.....	117
2.4.5 Accidente e incidente de trabajo.....	120

2.4.5.1. Origen de un accidente.	121
2.4.5.2 Condición insegura.	122
2.5. Pericia Psicológica.....	123
2.5.1. ¿Qué es la pericia psicológica?	124
2.5.1.1. Características.....	125
2.5.1.2 Fases.....	126
2.5.1.3. Áreas de pericia.	127
2.5.2 La evaluación Psicológica Forense.	128
2.6. Autopsia Psicológica.	130
2.6.1. La historia de la Autopsia Psicológica.	132
2.6.2 Definir la Autopsia Psicológica.....	133
2.6.3. Modelos de Autopsia Psicológica.	134
2.6.4. Autopsia Psicológica en el proceso penal.	137
2.6.4.1. Metodología forense para proceso judicial.	138
2.6.4.2. Herramienta para el peritaje psicológico.	139
2.6.5. La Autopsia Psicológica en el derecho civil.	143
2.6.5.1. Capacidad testamentaria.	143
2.6.6 Exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida.	144
2.6.6.1. La Autopsia Psicológica en el homicidio.	146
2.6.6.2. La Autopsia Psicológica en el suicidio.	148
2.6.6.3. La Autopsia Psicológica en los accidentes.	150
MARCO EMPÍRICO.....	152
3. INVESTIGACIÓN	153
3.1. Problema.....	153
3.2.- Objetivos.	154

3.3.-Hipótesis.....	155
3.4. Método.....	156
3.4.1. Participantes.....	157
3.4.2 Procedimiento.....	159
3.4.3. Instrumentos.....	160
3.4.3.1. Elaboración de la batería de Autopsia Psicológica "VAAP".....	161
3.4.3.2.- Modelo de entrevista VAAP.....	163
3.4.3.3. Subtest de exploración sistemática.....	163
3.4.4. Variables.....	180
3.4.5. Diseño.....	181
3.5. Resultados.....	182
3.5.1. Pruebas t.....	182
3.5.2. ANOVAs: Tablas y comentarios.....	200
3.6. Conclusiones y Discusión.....	225
4. BIBLIOGRAFÍA.....	249
5. ANEXOS.....	284

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1 Sistema de “la estrella” de 4 puntas -----	40
Figura 2 Relación Psicología y Ley. -----	50
Figura 3 Diferentes visiones de la Psicología Jurídica -----	53
Figura 4 Conductas asociadas a la mentira. -----	72
Figura 5 Estructura de los recuerdos. -----	74
Figura 6 Tipología victimal de mendelsohn.-----	76
Figura 7 Tipología victimal de von henting. -----	77
Figura 8 Esquema del grado de culpabilidad.-----	79
Figura 9 Método de la estrella de cuatro puntas-----	138
Figura 10 Gráfico de deterioro cognitivo. -----	201
Figura 11 Gráfico de manía.-----	203
Figura 12 Gráfico de depresión. -----	204
Figura 13 Gráfico de riesgo suicida. -----	206
Figura 14 gráfico de intención suicida. -----	208
Figura 15 Gráfico de estrés. -----	209
Figura 16 Gráfico de impulsividad cognitiva. -----	211
Figura 17 Gráfico de impulsividad motora.-----	212
Figura 18 Gráfico de impulsividad no planteada. -----	214
Figura 19 Gráfico de impulsividad total. -----	215
Figura 20 Gráfico de hostilidad violenta.-----	217

Figura 21 Gráfico de hostilidad iritabilidad. -----	218
Figura 22 Gráfico de hostilidad culpabilidad. -----	220
Figura 23 Gráfico de personalidad antisocial. -----	221
Figura 24 Gráfico de personalidad esquizoide. -----	223
Figura 25 Gráfico de sucesos vitales. -----	224

ÍNDICE DE TABLAS:

<i>Tabla 1: Distribución de la mortalidad por causas</i> -----	29
<i>Tabla 2.: Autoinformes de tentativa de suicidio y familiares de suicidas</i> -----	182
<i>Tabla 3: Comparación del grupo de tentativa de suicidio y sus propios familiares.</i> -----	185
<i>Tabla 4: Comparación de tentativa de homicidio y de sus propios familiares.</i> -----	187
<i>Tabla 5 :Comparación del grupo de tentativa de suicidio y familiares.</i> -----	190
<i>Tabla 6 :Tentativa de suicidio y respondientes de frecuencia diaria.</i> -----	192
<i>Tabla 7. La tentativa de suicidio comparada con intento de homicidio.</i> -----	194
<i>Tabla 8: Estadísticos de cada grupo de participantes en “deterioro cognitivo”</i> -----	200
<i>Tabla 9: Anova de un factor para “deterioro cognitivo”. pruebas post hoc.</i> -----	201
<i>Tabla 10. Estadísticos descriptivos de cada grupo de participantes en “manía”</i> -----	202
<i>Tabla 11: Anova de un factor para “manía”. pruebas post hoc.</i> -----	202
<i>Tabla 12 Estadísticos descriptivos de cada grupo de participantes en “depresión”</i> -----	204
<i>Tabla 13: Anova de un factor para “depresión”. pruebas post hoc.</i> -----	204
<i>Tabla 14: Estadísticos descriptivos de los participantes en “riesgo suicida”</i> -----	205
<i>Tabla 15: Anova de un factor para “riesgo suicida”. pruebas post hoc.</i> -----	206
<i>Tabla 16: Estadísticos descriptivos de los participantes en “intención suicida”</i> -----	207
<i>Tabla 17: Anova de un factor para “intención suicida”. pruebas post hoc.</i> -----	207
<i>Tabla 18: Estadísticos descriptivos de cada grupo de participantes en “estrés”</i> -----	208
<i>Tabla 19: Anova de un factor para “estrés”. pruebas post hoc.</i> -----	209
<i>Tabla 20: Estadísticos descriptivos de los participantes en “impulsividad cognitiva”</i> -----	210
<i>Tabla 21. Anova de un factor para “impulsividad cognitiva”. pruebas post hoc.</i> -----	210
<i>Tabla 22: Estadísticos descriptivos de los participantes en “impulsividad motora”</i> -----	212
<i>Tabla 23: Anova de un factor para “impulsividad motora”. pruebas post hoc.</i> -----	212
<i>Tabla 24: Descriptivos de los participantes en “impulsividad no planteada”</i> -----	213

Tabla 25 Anova de un factor para “impulsividad no planteada”. pruebas post hoc. -----	213
Tabla 26: Estadísticos descriptivos de los participantes en “impulsividad total”-----	215
Tabla 27: Anova de un factor para “impulsividad total”. pruebas post hoc. -----	215
Tabla 28: Estadísticos descriptivos de los participantes en “hostilidad violencia”-----	216
Tabla 29: Anova de un factor para “hostilidad violencia”. pruebas post hoc. -----	216
Tabla 30: Estadísticos descriptivos de los participantes en “hostilidad irritabilidad”-----	218
Tabla 31 Anova de un factor para “hostilidad irritabilidad”. pruebas post hoc. -----	218
Tabla 32: Estadísticos descriptivos de los participantes en “hostilidad culpabilidad”-----	219
Tabla 33. Anova de un factor para “hostilidad culpabilidad”. pruebas post hoc. -----	219
Tabla 34: Estadísticos descriptivos de los participantes en “personalidad antisocial”-----	221
Tabla 35. Anova de un factor para “personalidad antisocial”. pruebas post hoc. -----	221
Tabla 36: Estadísticos descriptivos de los participantes en “personalidad esquizoide”-----	222
Tabla 37: Anova de un factor para “personalidad esquizoide”. pruebas post hoc. -----	222
Tabla 38: Estadísticos descriptivos de los participantes en “sucesos vitales”-----	224
Tabla 39: Anova de un factor para “sucesos vitales”. pruebas post hoc. -----	224

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue crear una batería de pruebas basadas en los modelos clásicos, técnicas, procedimientos y pruebas publicadas sobre la Autopsia Psicológica para discernir sobre las causas de la muerte de forma objetiva.

En el ámbito general en la revisión teórica de esta investigación se aportó una visión multidisciplinar relatando investigaciones referentes al ámbito criminológico (como el escenario del crimen) o de la muerte (describiendo sus procesos). Tras la revisión teórica de estos aspectos generales, en esta investigación se profundizó específicamente en la Psicología Jurídica para aportar un mayor esclarecimiento de la Autopsia Psicológica.

La Psicología Jurídica es una de las manifestaciones actuales de la interpretación entre psicología y el derecho. La investigación sobre víctimas o recuerdo de acontecimientos son áreas de estudio de este campo relevantes para la presente investigación

Para finalizar la revisión teórica se valoró la información sobre la pericia psicológica como opinión objetiva e imparcial de un técnico que, sirviéndose de conocimientos e instrumentos científicos elabora un documento en el que expresa su percepción acerca de la existencia de un hecho o de la naturaleza del mismo. La Autopsia Psicológica se abordó

exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y de la vida de una persona ya fallecida. Por medio de la Autopsia Psicológica se trata de hacer una evaluación psicológica después de la muerte: cómo era la víctima en vida, su comportamiento y estado mental.. Esto se realiza través una reconstrucción social, psicológica y biológica post mortem. Las aplicaciones de la Autopsia Psicológica varían según los factores que determinan la conducta suicida, homicida o accidentológicas.

Tras la revisión teórica, se elaboró la batería de Autopsia Psicológica (VAAP), validada para una muestra representativa de 360 participantes. Los resultados obtenidos en este estudio permiten concluir que existen aspectos que ayudan a definir rasgos significativos para diferenciar el tipo de muerte. Los instrumentos empleados fueron test estandarizados que miden áreas como: trastornos mentales orgánicos (mediante el test del informador de Korten, diseñado por Jorm y Korten en 1988), trastorno por consumo de sustancias y alcohol (mediante la escala de adicción general de Ramos en 2001 y el Audit de Saunders en 1993), trastornos del humor (mediante la escala de manía de Young en el año 1982 y el inventario de depresión de Beck revisada en España por Vázquez en 2000), la evaluación suicida (mediante la escala de riesgo suicida de Plutchik en el año 1989 y la escala de intencionalidad suicida de Beck en 1974), valoración de situaciones de estrés (mediante cuestionario de Ansiedad de Hamilton editado por Echeburúa y Corral en 1998) junto a la valoración del estrés percibido, trastornos de la personalidad (mediante escala de impulsividad de Barratt en 1995, la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman en 1978, el inventario de hostilidad de Buss-Durkee editado por Echeburúa y Corral en 1998, la autoestima de Rosenberg en el año 1989 y el cuestionario IPDE desarrollado por la OMS en 1992), la valoración de los trastornos socio - familiar (mediante la escala de apoyo social y

el estrés de Duke publicado por Bellon-Saameno en 1996 y el índice de sucesos vitales de Meyer en 1995) y por último se describen las características de identificación del escenario.

En lo que respecta al procedimiento del estudio, los 30 primeros participantes (participantes objetivo) fueron seleccionados por intento de suicidio y se les administró la batería de forma directa. En este grupo se citó posteriormente a tres respondientes por participante; es decir, se entrevistaron a 90 sujetos que tenían una relación de familia, convivencia, amistad y/o relación laboral, y se les administró la batería transformada.

Como los datos aportados por los 30 participantes son coincidentes con los descritos en la prueba por los 3 respondientes relacionados con cada uno, consideramos la batería válida e iniciamos la segunda fase. En la segunda fase, se crearon otros tres grupos de acuerdo con el tipo de fallecimiento del participante

Los tres grupos estuvieron compuestos por 90 respondientes de participantes con historial suicida (3 para cada uno), 90 respondientes de participantes con historial por intento de homicidio doméstico y 90 respondientes de participantes con historial por accidente, de forma que se realizaron 270 entrevistas en la segunda fase.

Tras analizar los resultados se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Los datos reflejan que cualquier informante no es válido a la hora de hablar del intento de suicidio. Las diferencias indican que los respondientes suelen infravalorar la información relevante excepto en los rasgos de personalidad.

- Los resultados obtenidos con el grupo de intento de homicidio, muestran que los test proporcionan información relevante para este tipo de víctimas

- Cuando se habla de los informantes, los resultados del estudio han mostrado que la familia de primer grado (los informantes que ven al sujeto de estudio con una frecuencia diaria) aporta información valiosa en una gran variedad de variables.

- El instrumento de medida (VAAP) aporta información significativa y objetiva que permite identificar diferencias en los casos de muerte dudosa entre homicidio por violencia de género, accidente y suicidio.

- Las revisiones teóricas presentan claras distinciones entre las tentativas de suicidios y los suicidios consumados (en los primeros suelen ser llamadas de atención). Se verifica en los resultados que los intentos de suicidio y los suicidios consumados presentan características distintas.

RESUMO

O obxectivo desta investigación foi crear unha batería de probas baseadas nos modelos clásicos das técnicas, procedementos e probas publicadas sobre a Autopsia Psicolóxica. Este instrumento axudounos a discernir sobre as causas da morte de forma obxectiva.

No ámbito xeral na revisión teórica desta investigación abordáronse temas como a autopsia e a morte. Aquí achegouse unha visión multidisciplinar do coñecemento, relatando investigacións referentes ao ámbito criminolóxico (como o escenario do crime) ou da morte (describindo os seus procesos). Tras a revisión teórica destes aspectos xerais, nesta investigación afondouse especificamente na Psicología Xurídica para achegar un maior esclarecemento da Autopsia Psicolóxica.

Describiuse a Psicología Xurídica como unha das manifestacións actuais da interpretación entre psicología e o dereito. Polo tanto esta investigación revisou con énfase temas como a memoria ou a vítima (dende o século XIX e grazas a autores como Lombroso, Garófalo e Ferri poñíase unicamente atención á figura do delinciente, deixando a vítima cun papel secundario) abrindo así outro campo de investigación. Onde se abordou temática

sobre o homicidio, o accidente e o suicidio estudando os factores e circunstancias co rodean.

Para finalizar a revisión teórica valorouse a información sobre a pericia psicolóxica como opinión obxectiva e imparcial dun técnico que, servíndose de coñecementos e instrumentos científicos elabora un documento no que expresa a súa percepción acerca da existencia dun feito ou da natureza deste mediante a aplicación de test, dado que a Xustiza valora de forma imperante os documentos que dan fe e testemuñais.

Por último, o apartado teórico remata coa Autopsia Psicolóxica como exploración retrospectiva e indirecta da personalidade e da vida dunha persoa xa falecida. Onde a través da Autopsia Psicolóxica se trata de facer unha avaliación psicolóxica despois da morte: como era a vítima en vida, o seu comportamento e estado mental, a través unha reconstrución social, psicolóxica e biolóxica post mortem.

As aplicacións da Autopsia Psicolóxica varían segundo os factores que determinan a conduta suicida, homicida ou accidentolóxicas. A Autopsia Psicolóxica é unha temática especificamente forense, por iso é necesario adquirir experiencia e control para traballar coas emocións que afectan aos participantes da investigación, seguindo as recomendacións de Lucero, Díaz e Villalba (2003), en Colombia as de Jiménez e cols. (1997), e en Cuba as de García (2007).

Tras a revisión teórica, elaborouse a batería de Autopsia Psicolóxica (VAAP), validada para unha mostra representativa de 360 participantes, achegando á investigación unhas propiedades psicométricas axeitadas. Os resultados obtidos neste estudo permiten concluír que existen aspectos que axudan a achegar trazos significativos para diferenciar o tipo de morte.

Os instrumentos empregados foron test estandarizados que miden áreas como: trastornos mentais orgánicos (mediante o test do informador de Korten, deseñado por Jorm e Korten en 1988), trastorno por consumo de substancias e alcohol (mediante a escala de adicción xeral de Ramos en 2001 e o Audit de Saunders en 1993), ttrastornos do humor (mediante a escala de manía de Young no ano 1982 e o inventario de depresión de Beck revisada en España por Vázquez en 2000), a avaliación suicida (mediante a escala de risco suicida de Plutchik no ano 1989 e a escala de intencionalidade suicida de Beck en 1974), valoración de situacións de estrés (mediante cuestionario de Ansiedade de Hamilton editado por Echeburúa e Curras en 1998) xunto á valoración do estrés percibido, trastornos da personalidade (mediante escala de impulsividade de Barratt en 1995, a escala de busca de sensacións de Zuckerman en 1978, o inventario de hostilidade de Buss-Durkee editado por Echeburúa e Curras en 1998, a autoestima de Rosenberg no ano 1989 e o cuestionario IPDE desenvolvido pola OMS en 1992), a valoración dos trastornos socio - familiar (mediante a escala de apoio social e o estrés de Duke publicado por Bellon-Saameno en 1996 e o índice de sucesos vitais de Meyer en 1995) e por último descríbense as características de identificación do escenario.

Neste instrumento modificouse o tempo e persoa verbal tradicionalmente usados nos test que compoñen a batería, para facer referencia ao pasado dos occisos, obxecto desta investigación.

Os participantes dividíronse en catro grupos, aos 30 primeiros suxeitos seleccionados por intento de suicidio administróuselles a batería de forma directa. Neste grupo citouse posteriormente tres respondientes por intento suicida; é dicir, entrevistáronse 90 suxeitos

que tiñan unha relación de familia, convivencia, amizade e/ou relación laboral, e administróuselles a batería transformada.

Como os datos achegados polos 30 suxeitos son coincidentes cos descritos na proba polos 90 respondientes (achegados a nosos seleccionados), consideramos a batería válida e iniciamos a segunda fase.

Na segunda fase, a batería pasouse aos achegados escollidos por resultados máis próximos.

Os tres grupos estiveron compostos por 90 respondientes de suxeitos con historial suicida, 90 respondientes de suxeitos con historial por intento de homicidio doméstico e 90 respondientes de suxeitos con historial por accidente, de forma que se realizaron 270 entrevistas na segunda fase.

Desta forma, obtivéronse as seguintes conclusións:

Os datos reflicten que calquera informante non é válido á hora de falar do intento de suicidio. As diferenzas indican que os respondientes adoitan menosprezar as variables agás nos trazos de personalidade.

Nos resultados obtidos co grupo de intento de homicidio, mostra a existencia de variables axeitadas á hora de responder.

Cando se fala dos informantes, os resultados do estudo mostraron que a familia de primeiro grao (os informantes que ven o suxeito de estudo cunha frecuencia diaria) achega información valiosa nunha gran variedade de variables.

A nivel xeral o instrumento de medida (VAAP) achega información significativa e obxectiva que permite identificar diferenzas nos casos de morte dubidosa entre homicidio por violencia de xénero, accidente e suicidio.

As revisións teóricas presentan claras distincións entre as tentativas de suicidios e os suicidios consumados (nos primeiros adoitan ser chamadas de atención). Verifícase nos resultados que os intentos de suicidio e os suicidios consumados presentan características distintas.

ABSTRACT

The aim of this dissertation was to create a set of measures based on Psychological Autopsy classic models, techniques, procedures and published instruments to assess causes of death objectively.

The theoretical review for this dissertation included a multidisciplinary perspective examining research on criminological aspects (e.g. crime scene) or the process of death. After a theoretical review of these main questions, this research focused specifically on Psychology and Law to provide a better understanding of Psychological Autopsy.

Psychology and Law helps explain Psychological issues related to the domain of Law. Research on victims or event recalling are areas of study from this field relevant to the current study.

The theoretical review finally considered information on expert reports, defined as objective and unbiased reports from experts that using their knowledge and psychological instruments deliver a document that contains their insight on the existence of an event or the nature of this event. The Psychological Autopsy was construed as a retrospective and indirect measurement of the personality and life of a dead individual. Through

Psychological Autopsy a psychological evaluation after death is attempted: how was the victim in life, how was his or her behavior and mental state. This post-mortem reconstruction is performed at the social, psychological and biological domains. Applications of Psychological autopsy vary according to the factors that determine suicidal, homicidal or accident behaviors.

After the theoretical review, a set of measurements for Psychological Autopsy was developed. These instruments were validated with a sample of 360 participants. Results show that there are certain aspects that help define significant traits in distinguishing the cause of death. Measures in the current study were standardized tests that measure areas like: Mental disorders (Korten's informant test; Jorm & Korten, 1988); Disorders related to the use of alcohol and drugs (General addiction scale; Ramos, 2001 and Audit and Saunders scale, 1993); Mood disorders (Young's mania scale, 1982; and Beck Depression Inventory, revised in Spain by Vazquez, 2000); Suicidal evaluation (suicidal risk scale, Plutchick, 1989 and Beck's suicide intent scale, 1974); Stress assessment (by Hamilton Anxiety Questionnaire, revised by Corral and Echeburúa in 1998); Perceived stress assesment and personality disorders (Barratt's Impulsiveness Scale, 1995; Zuckerman's sensation seeking scale, 1978, Buss-Durkee Hostility inventory, revised by Echeburúa and Corral, 1998; Rosenberg's self-esteem questionnaire, 1989; and the IPDE questionnaire developed by the WHO, 1992); The assessment of social disorders in the family (through the social support and stress scale by Duke Bellon-Saameno, 1996 and Meyer's rate of life events scale, 995); And the environmental characteristics.

As regards the procedure for the study, The first 30 participants (target participants) were selected for attempting suicide and completed the measurements themselves. Later for

this group three other respondents per participants were appointed to the study, so a total of 90 other participants related to the first 30 (family, neighbours, friends and co-workers) completed modified measurements.

The data for the first 30 participants was matched to the data of the 3 other participants related to them as expected. In a second part of the study we selected the type of informant that provided the best match with the target participant. Three more groups were selected according to different causes of death. For the suicide group, 90 participants related to suicidal individuals were selected (3 participants per case of suicide). For the homicide group, 90 participants related to a victim of attempted domestic homicide were selected. Finally, the accident group included 90 participants related to an individual who had died as the result of an accident. So, for this part of the study a total of 270 interviews were carried out.

The analyses of this data allowed for the following conclusions:

- Data reflect that not every informant is valid to provide insight in an attempted suicide. Respondents tend to underestimate relevant information, except for personality traits.

In the attempted homicide group, the test can provide relevant information to evaluate these victims.

- Regarding informants, close family (first degree relatives), that see the target participant daily provide the most valuable information.

- The VAAP set of measurements can provide significant and objective information to identify differences when the cause of death is not certain in cases of domestic homicide,

accident and suicide

- Theoretical revisions show clear distinctions between individuals who attempt suicide and those who actually commit it, (the first being often individuals seeking attention). The current dissertation results verify that attempted suicide and successful suicide show different characteristics.

INTRODUCCIÓN

Todos somos conscientes de que las leyes que regulan el comportamiento de los seres humanos en la vida social evolucionan al mismo compás que evolucionamos las personas. Si tenemos en cuenta que la Medicina Legal, la Psicología Jurídica, y otras disciplinas, se constituyen como ramas auxiliares de la justicia. Podríamos decir que una de las razones de estas disciplinas es la búsqueda de la verdad y por tanto es necesario plasmar algunos conceptos, los cuales deben unificar sus actuaciones en cuestiones como la Autopsia Psicológica, principal objeto de esta investigación.

La apreciación técnico-científica del perito forense puede ser decisiva en la resolución judicial, creando así un instrumento donde los psicólogos forenses, letrados, fiscales y jueces esclarezcan las incógnitas referentes a las muertes dudosas de modo que el propósito fundamental de nuestra investigación es facilitar el trabajo a quienes están inmersos en estas ciencias forenses, de manera que contribuyan a la consolidación de su trabajo. Dado que la Autopsia Psicológica es una prueba pericial que, al igual que en Medicina con la autopsia médico legal (por excelencia es la prueba más importante que se desarrolla a nivel procesal),

genera un gran interés en el desarrollo de la Psicología Jurídica para crear un instrumento estandarizado que ayude a impulsar el conocimiento y perfeccionamiento científico en torno a la obtención de datos objetivos, proporcionando una mayor y más adecuada información.

Esta investigación desea, no sólo elaborar un instrumento que cubra los aspectos más clásicos de las técnicas de Autopsia Psicológica, sino que también pretende hacer un repaso completo sobre los temas legislativos, nuevas técnicas complementarias, alternativas y documentos relacionados con la pericia, de un modo claro y riguroso.

Se incluirá desde un punto de vista no solo psicológico sino también criminológico y legal, con especial referencia al escenario del crimen, considerando que en mayor o menor medida el éxito de una necropsia se basa en la observación en el lugar de los hechos.

La entrevista que se realizó a los implicados y la valoración psicométrica adecuada, sería infructuosa si no se tienen en cuenta los indicios, dado que la autopsia no está completa si no se conocen todos los detalles que rodean la muerte, y en un alto porcentaje de los casos la respuesta a ciertas preguntas se encuentra en la combinación de las valoraciones recogidas del occiso y el estudio del lugar de los hechos.

Por otra parte es imprescindible que el perito forense conozca cómo proceder al estudio de la escena del crimen, de modo que trabaje con total coordinación con la policía y médicos forenses, además de la elaboración del informe psicológico y su ratificación oral en juicio.

Debido a la dificultad probatoria en los procesos por delitos contra la vida, es necesario crear instrumentos protocolizados como la Autopsia Psicológica, dado que la

objetivación de los instrumentos otorgaría a la Psicología Jurídica una mayor consideración como medio de prueba. Es por ello que desde este trabajo se da importancia al hecho de crear un procedimiento de Autopsia Psicológica.

Este instrumento considera la Autopsia Psicológica como la prueba reina en los procesos penales en los casos de muertes dudosas, aunque no debemos olvidar que es el poder judicial el que dictamina tras la valoración de todas las pruebas en su conjunto.

Con esta Investigación se pretende diseñar un instrumento que nos aporte información objetiva sobre las muertes no clarificadas y abrir interrogantes sobre este tema, además de dar una nueva alternativa a la justicia en el caso de muertes dudosas.

Haciendo una revisión bibliográfica sobre la Autopsia Psicológica, no se ha encontrado que en la práctica de la Psicología Jurídica española, se refleje la presencia de instrumentos que permitan conocer las causas, medios y efectos que rodean a los casos de muertes dudosas. Es decir que se desconoce la causa y circunstancias de la muerte.

En España, los datos que presentan los últimos años el INE, indican que por cada mil fallecidos más del 71% podrían ser por causas dudosas, como se indica en la tabla que aparece a continuación.

Tabla 1: Distribución de la mortalidad por causas

DEFUNCIONES SEGÚN LA CAUSA DE MUERTE			
TODAS LAS EDADES	Ambos sexos	Varones	Mujer
Síntomas, signos y hallazgos anormales, no clasificados en otra parte	28,318	12,410	15,908
Paro cardíaco, muerte sin asistencia y causa desconocida de mortalidad	13,437	6,728	6,710
Senilidad	7,412	1,885	5,527
Muerte súbita infantil	0,230	0,139	0,090
Resto de síntomas, no clasificados en otra parte	7,239	3,658	3,581
Causas externas de mortalidad	43,634	30,458	13,177
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	11,548	9,061	2,486
Otros accidentes de transporte	1,092	0,945	0,147
Caídas accidentales	4,551	2,646	1,905
Ahogamiento, sumersión y sofocación accidental	6,351	3,521	2,829
Accidentes por fuego, humo y sustancias calientes	0,586	0,408	0,178
Envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas.	1,598	1,291	0,307
Otros envenenamientos accidentales	0,687	0,488	0,199
Otros accidentes	5,793	3,857	1,936
Suicidio y lesiones auto infligidas	8,775	6,635	2,140
Agresiones (Homicidios)	1,004	0,754	0,250
Eventos de intención no determinada	0,214	0,147	0,067
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	1,301	0,612	0,689
Otras causas externas y sus efectos tardíos	0,134	0,093	0,041

Ante esta situación, donde la mortalidad puede ser debido a causas desconocidas, nos encontramos con problemas como:

- Existe un gran número de muertes dudosas y el desarrollo científico actual nos imposibilita investigar la forma de dar respuesta.
- El estado de derecho debe velar por el buen funcionamiento de la justicia y para esto, son necesarias herramientas que esclarezcan la realidad de los hechos en procesos judiciales, y que obliguen a valorar y desarrollar un instrumento para la Autopsia Psicológica que puedan aplicar los peritos en Psicología Jurídica.
- Un instrumento de prueba pericial debe ser objetivo, para lograr esclarecer todas las dudas del tribunal, aportando luz que permita identificar o aproximarse a los actores del hecho punible (dado que es la labor de los profesionales). El juez solamente se verá obligado a conocer la ley que debe aplicar, razón por la que delega en los peritos judiciales.

MARCO TEÓRICO GENERAL:

AUTOPSIA Y MUERTE

1. AUTOPSIA Y MUERTE.

1.1. La Muerte.

1.1.1. Desarrollo evolutivo de la muerte.

Podríamos decir que existen diferentes formas de definir la muerte, según los distintos autores y sus tendencias filosóficas:

La muerte es el fin de un proceso, por tanto el fin de la vida (Casas y Rodríguez, 2000).

Según Kübler-Ross (1989) podría definirse la muerte como el fin de la vida, opuesto al nacimiento. La muerte como culminación de la vida de un organismo vivo. También este autor Kübler-Ross (1989) define como sinónimos de muerto occiso (muerto violentamente) y difunto.

Una de las características clave de la muerte es, que es definitiva. En este trabajo se

quiere investigar cuáles son las consecuencias psicológicas de la muerte humana, sus definiciones y significados emotivos. Autores como Akhtar (2011) reflexionan acerca de la muerte del ser humano preguntándose: ¿Cómo puede ser?; ¿Cuál es el momento exacto de una defunción?; ¿Cuál fue su causa?.

En otros ámbitos como la Medicina forense estudian las consecuencias de la muerte humana y en particular, intentan identificar el momento exacto del suceso (Simpson, 1981). Históricamente los intentos para definir el momento preciso de la muerte han sido difíciles. Antiguamente se definía la muerte como el momento en que deja de latir el corazón. Otros autores hacen una descripción de autopsia como la ciencia que establece el momento en que se produce realmente la muerte como un proceso irreversible (Areste, 1991).

La tecnología médica, ha permitido mantener una actividad cardíaca y respiratoria artificial en cuidados intensivos, por lo cual el protocolo para el diagnóstico de la muerte en este caso es diferente y debe ser realizado por especialistas en ciencias neurológicas, hablándose entonces de "muerte cerebral" o "muerte encefálica".

Determinar la muerte es difícil. En ocasiones el electroencefalograma, prueba más utilizada, no detecta algunas señales eléctricas cerebrales, o aparecen en él señales producidas fuera del cerebro y ser interpretadas erróneamente como cerebrales (Akhtar, 2011).

Pero volviendo al ámbito psicológico, Argo (1982) decía que si hablamos del deseo y la capacidad de morir, algunas personas, en momentos determinados de su vida, experimentan el sentimiento autodestructivo de terminar su existencia. El acto para conseguirlo es lo que llamamos suicidio, que es uno de los temas que se abordan en este

trabajo.

Hay que tener en cuenta que la muerte es uno de los motores de desarrollo cultural y organización social del ser humano. El concepto de muerte y la creencia de una vida posterior. Condicionan al individuo (Dobbs, 2010). La idea de inmortalidad y la creencia en el Más Allá aparecen de una forma u otra prácticamente en todas las sociedades y momentos históricos.

Cuando no se sabe cual ha sido la causa de la muerte se dispara el contenido de emotividad, lo que ciega los procesos racionales de la mente, y se buscan explicaciones.

1.1.1.1. Definición de muerte.

La muerte, no sucede en un determinado momento, es un proceso. No todos los sistemas paran a la vez. Legalmente se define como muerte, el fin de la actividad cardiaca, respiratoria y neurológica. La muerte, en medicina forense, es la extinción definitiva, inalterable de las funciones vitales del organismo (Arroyo y cols. 1987).

1.1.1.2. Diagnóstico de muerte.

Maio y Dana (2003) en su Manual de patología forense, describe que existen signos de vida negativos y positivos, los negativos que se manifiestan por el silencio cardiaco, la ausencia del soplo nasal, por último a nivel neurológico la pérdida de conocimiento, flacidez de los músculos, relajación de esfínteres y la dilatación persistente de las pupilas. Por otra parte tenemos los signos positivos como son los fenómenos cadavéricos. Cuando hablamos

de los fenómenos cadavéricos, nos referimos a los cambios que se producen en el cadáver por la acción del medio ambiente (Teke, 2001).

Este conjunto de fenómenos hacen visible la muerte y las etapas por las que debe pasar el cuerpo en su descomposición. Es así que estos fenómenos aportan información significativa para valorar el momento de la muerte y posibles causas físicas.

Los fenómenos cadavéricos tienen dos tipos, los tempranos (enfriamiento, rigor mortis, lividez o hipóstasis, espasmo muscular, pupila dilatada,...) y los fenómenos cadavéricos tardíos o destructores (putrefacción, periodo cromático, periodo gaseoso, periodo de esqueletización, antropofagia cadavérica,...) (Aznar, 1956).

1.1.1.3. Establecimiento de la causa de muerte.

Desde el punto de vista forense, podemos acordar legalmente tres tipos de muerte (Aso y cols. 1998):

A). MUERTE VIOLENTA: Es la que se debe a un proceso exógeno al sujeto. La vida cesa de forma no natural, debido a un mecanismo traumático o a una fuerza que irrumpe violentamente en el organismo, como pueden ser los agentes físicos: Electricidad, calor, frío, presiones; agentes químicos, o agentes traumático (heridas, contusiones, asfixias, sumersiones y estrangulaciones).

B). MUERTE NATURAL: Es el resultado final de un proceso morboso o patógeno. Aquí no participan fuerzas extrañas. Las causas más típicas son: tumores, infecciones, problemas vasculares y procesos degenerativos.

C). MUERTE SOSPECHOSA DE CRIMINALIDAD: Aparece por la duda de que la muerte ha sido provocada por una causa criminal. En esta muerte los traumatismos son dudosos, no explicarían la causa de la muerte como: (La muerte súbita, por inanición, por inhibición y por anafilaxia).

1.2. La Autopsia.

El significado etimológico de "autopsia" es "ver uno mismo, con los propios ojos". En medicina, a veces los diagnósticos están basados en la visualización directa de las lesiones y otras técnicas de visualización (Castilla, 1998).

La autopsia es un procedimiento post mortem que estudia las alteraciones del organismo y tejidos que se realiza después de la muerte, también recibe el nombre de necropsia. Existen varios tipos de autopsia: Las autopsias clínicas, las judiciales y las fetales (Vargas, 1991).

Corbella (1991) describe la autopsia, como el método más valioso para el diagnóstico de defunción, pues establece la causa de muerte de forma más acertada.

El valor de la autopsia puede resumirse en los siguientes puntos: A) La autopsia corrobora, complementa o, modifica los diagnósticos de la etiología de la muerte; B) Investiga la causa y procesos que han contribuido a la muerte; C) Estudia los procesos de la muerte; D) Correlaciona signos y síntomas con los hallazgos morfológicos; E) Comprueba los resultados de la terapia aplicada; F) Investiga, enfermedades, lesiones para ayudar al desarrollo de la ciencia.

Los criterios útiles para la realizar la autopsia son: A) Muertes en las que la autopsia ayuda a explicar las causas; B.) Muertes en las que la causa no se conoce con seguridad; C)

Cuando la autopsia aporta a la familia datos importantes; D) Muertes naturales, inexplicables, no sujetas a la jurisdicción forense; E) Todas las muertes pediátricas; F) Muertes por enfermedad ambiental o laboral.

1.2.1 Historia de la Autopsia.

En la historia de la autopsia (Maio, 2003). Hace un recorrido desde las primeras autopsias que se realizaron el siglo VI tras la epidemia de Bizancio en 1286, buscando una conexión entre la enfermedad de las gallinas y la muerte de humanos. En el renacimiento los estudios anatómicos se iniciaron con las autopsias. En Bolonia a lo largo del siglo XIV las autopsias dependen de la escuela de derecho. En Europa, en 1360, se realizaron disecciones con los cadáveres de criminales ejecutados. En 1507, la autopsia se considera un procedimiento médico, tras la publicación de Benivieni (1443-1502). Pero quien introduce un cambio conceptual de la autopsia Virchow (1858) es el primero que estudia los órganos en forma ordenada y minuciosa. Al fin, en el siglo XIX, se valora la autopsia, como otra forma de entender la enfermedad.

1.2.2. Tipos de Autopsia.

Es necesario diferenciar los conceptos de necropsia y de autopsia para entender la diferencia, aunque etimológicamente sea lo mismo. La autopsia es entonces el examen del cadáver antes de enterrarlo. Y la necropsia es el examen del cadáver tras su exhumación. Generalmente se conoce como autopsia únicamente la autopsia judicial, aunque existen

varios tipos de autopsia: Psicológica, clínica, fetales, judicial.

1.2.2.1 Autopsia psicológica.

La exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad del occiso se denomina Autopsia Psicológica. Estudia a la persona después de su muerte, valora cómo era la víctima en vida. Esta técnica hace una reconstrucción psicológica post mortem. Un fallecimiento no debe clasificarse como suicidio, homicidio, accidente o muerte natural hasta encontrar la causa que explique la muerte. La Autopsia Psicológica busca determinar lo que acontecía en la mente de la víctima a la hora de su muerte. La Autopsia Psicológica es una pericia que debe combinar el conocimiento de las ciencias criminalistas y forenses (Cabrera y cols.,1997).

Para aplicar la Autopsia Psicológica hay que tener en cuenta la escena de los hechos, ya que además de las huellas típicas, existen evidencias psicológicas que quedan impresas en el entorno. Al elaborar el informe, este debe estar en términos probabilísticos pues se trata de una evaluación indirecta de las personas más conocidas a las más alejadas en relación social, económica o afectiva de la persona investigada.

El método de aplicar la Autopsia Psicológica siempre va ser una variable del sistema de entrevista, pero la presentación de los resultados, debería usarse el sistema de “la estrella” de 4 puntas. El sistema de estrella hace visible la presentación de los resultados y resulta eficaz ante personas que tienen pocos conocimientos de Psicología Forense, permitiendo ver 4 puntos esenciales: La biografía, la personalidad, la letalidad y el estado depresivo.

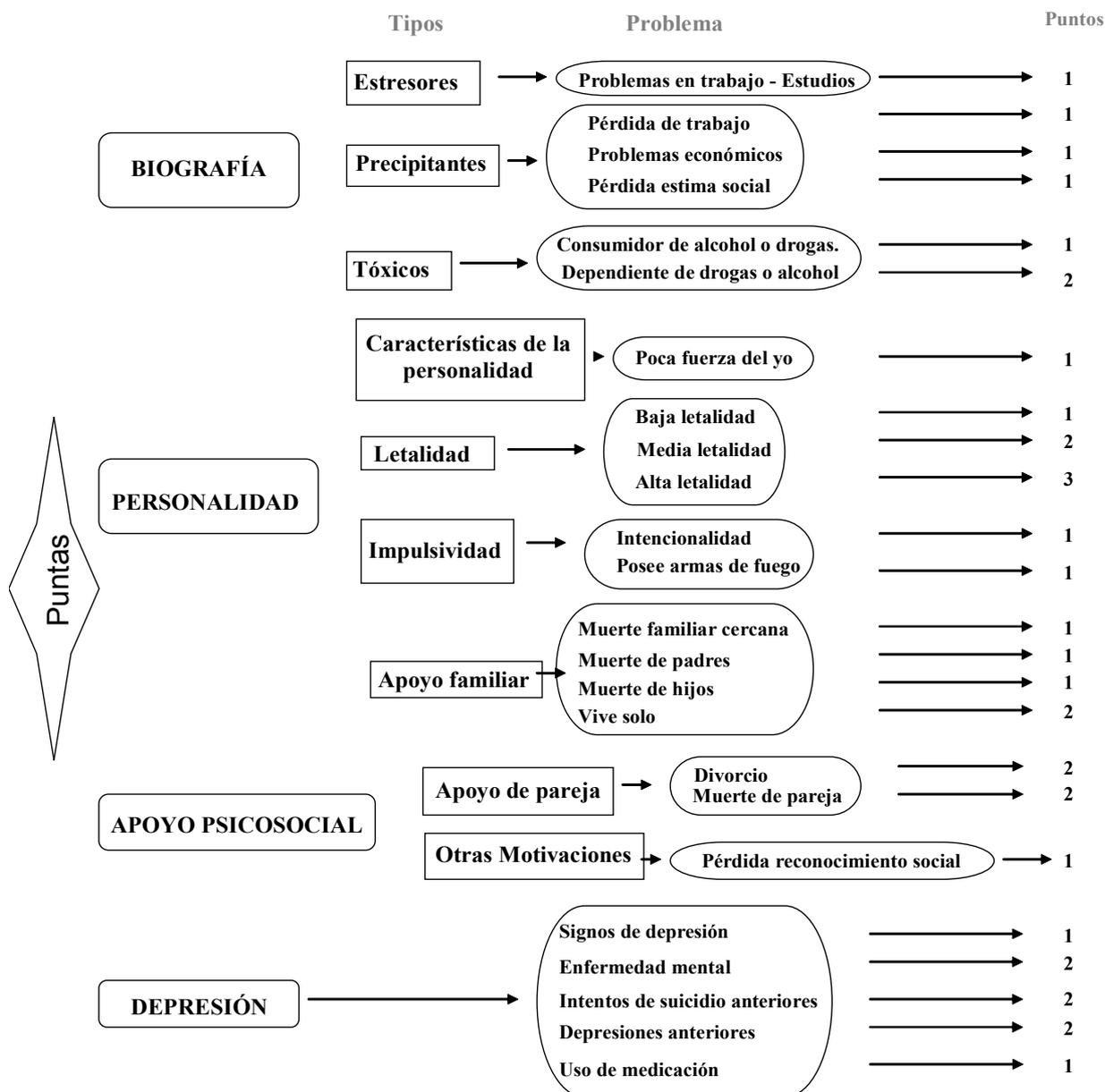


Figura 1 Sistema de “la estrella” de 4 puntas

Fuente: (Núñez de Arco, 2004; p. 244)

1.2.2.2 Autopsia clínica.

La autopsia clínica es un proceso médico que emplea la disección, con el fin de obtener información anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que sufrió en vida el sujeto autopsiado.

La autopsia clínica determina la causa de muerte, detecta errores diagnósticos, la corrección de errores que se ven a través de la autopsia e informa de enfermedades nuevas y clarifica aspectos médico- legales en torno a la muerte.

1.2.2.3 Autopsia fetal.

La autopsia fetal la que se practica a un feto con las siguientes características: a) Feto mayor de 20 semanas de gestación o de 500 gramos de peso; b) Niño nacido muerto; c) Niño nacido vivo y menor de 28 días de vida extrauterina.

La información se escribe un protocolo de autopsia donde debe aparecer el resumen de la historia clínica, registro de los pesos y medidas de los órganos, descripción microscópica y registro de las fotografías, radiografías, cultivos bacteriológicos y estudios especiales realizados, con sus resultados.

1.2.2.4 Autopsia judicial.

Rama de la Medicina forense que trata desde el punto de vista médico legal al cadáver. La autopsia judicial, hace un examen anatómico del cadáver e investiga las evidencias físicas que los actos violentos dejan en el cuerpo.

1.2.3. Desarrollo del proceso de autopsia.

Las grandes migraciones y a los acuerdos judiciales entre distintos países, hace necesario desarrollar procedimientos de autopsia unificados. Las autopsias deben desarrollarse a través de propuestas uniformes establecidas por la comunidad científica. El fin de esta uniformidad es establecer la causa de la muerte, o incluso la identidad del cadáver.

Obligación de las autopsias. En los casos donde la muerte no es debida a causas naturales. La justicia, debe investigar y decidir si realizar la autopsia. La autopsia se debe llevar a cabo cuando: Exista sospecha de homicidio; Muerte inesperada; Sospecha de tortura o maltrato; Sospecha de suicidio, Accidentes de circulación, laborales o domésticos; Muertes asociadas con conductas policiales o militares; Cuerpos o restos óseos no identificados, Niños fallecidos antes de las 24 horas de vida.

1.2.4. Métodos de autopsia.

Se desarrollan a través del examen del cuerpo a nivel Externo: Examen de la ropa y todos los hallazgos observados deben ser claramente descritos. Si la ropa esta rota, desgarrada o sucia. Se deberá describir comparándola con las lesiones del cadáver (Núñez de Arco, 2002).

En esta descripción de debería incluir: Edad, sexo, altura, étnico, peso, color de la piel y características (como cicatrices, tatuajes o amputaciones) y fenómenos cadavéricos, detalles sobre la rigidez, las livideces (distribución, intensidad, color y fijación); putrefacción y cambios debidos por el medio ambiente.

Con respecto al examen del cuerpo a nivel interno, donde se deben describir todas las alteraciones debidas a la disección y recogida de muestras. Debe realizarse una descripción específica y clara que incluye: presencia de gases, volumen de sangre, aspecto interno, integridad anatómica, apariencia de los órganos, lesiones y hemorragias.

Existen también unos procedimientos especiales para estudiar determinado tipo de lesiones. En las muertes traumáticas, se debe incluir una explicación de los tejidos blandos y de la musculatura. En otros casos como los de muertes por agresión sexual, se extraen los órganos genitales.

La autopsia alternativa. El diagnóstico clínico actual por imagen y los modernos

aparatos, permiten otras formas de exploración. Lo que lleva a las autopsias alternativas, donde no se deforma la estética del cadáver. La autopsia alternativa, sugiere nuevos métodos menos invasivos y nuevos nombres, como “Autopsias parciales” y/o “Autopsias alternativas” (Rosai, 1996).

Las autopsias deben resolver los problemas judiciales. Estas autopsias deben ser completas, pues para investigar la causa de la muerte, se debe tener en cuenta todas las circunstancias. Por ejemplo, en un suicidio por ahorcamiento una autopsia parcial solo de la parte superior del tórax Podría perderse la información de que tuviera un embarazo y que ésa fuera la razón del suicidio.

1.2.5. Escena de los hechos.

La escena de los hechos, es sinónimo de “lugar del suceso”. La investigación en el escenario de la muerte es por lo tanto una investigación del escenario descripción y colecta de evidencias (Núñez de Arco, 2002).

Históricamente, la primera inspección ocular está descrita en el “Libro de Las Siete Partidas” de Alfonso X el Sabio (s. XIII; *op. cit.* Núñez de Arco, 2002). Cospi (1643, *op. cit.* Núñez de Arco, 2002) en su obra “El Juez Criminalista” describe la importancia de la presencia del Juez en el lugar del suceso, así como de tomar declaración inmediata a los testigos y sospechosos. La investigación del delito es un trabajo de equipo formado por medico forense, físico, un especialista en balística, identificación...(Ávila y Rodríguez, 1994).

1.2.5.1. Aportación de la psicología jurídica.

La Psicología Jurídica es una ciencia, cuyo objetivo es “descubrir, verificar científicamente un hecho y determinarlo”. La Psicología Jurídica trabaja con principios, procedimientos y técnicas multidisciplinarias, por lo que el perito forense, debe estar en continuo aprendizaje para elaborar un informe pericial, determinante con bases científicas y actualizadas.

La importancia de la observación de la escena de los hechos permitirá tener una idea más clara de lo que sucedió. No se puede mantener aislado del contexto la escena criminal. Todo esto garantiza el éxito de la investigación.

La investigación del forense en la escena del hecho tiene los siguientes objetivos: Confirmar la muerte; Establecer la causa de la muerte. (Suicidio, homicidio, accidente); Valorar la forma en que se encontró el cadáver.

1.2.6. Documentación legal.

Los documentos periciales son todas las actuaciones escritas de los peritos en su actuación profesional. Estos documentos deben caracterizarse por un estilo claro y sencillo para facilitar su comprensión. Se pueden clasificar en:

- Documentos con valor probatorio posterior: certificado médico, consulta, historia clínica, autopsia

- Documentos con valor probatorio preconstituido: Pericia realizada por una persona que posea conocimientos científicos para ilustrar a los tribunales, con elementos de juicio, informando bajo juramento, y designados al acreditar idoneidad en la materia.

1.2.6.1.-La documentoscopia.

La documentoscopia es el estudio de los documentos y sus posibles alteraciones (Méndez, 1994). La Documentoscopia, describe la autenticidad, falsedad o posible alteración de manuscritos. La documentoscopia sirve también para identificar al autor de firmas o falsificación, escritos anónimos, notas póstumas, documentos dudosos, falsos, alterados y/o camuflados (Del Picchia, 1993).

Historia de la Grafología. La aparición de la grafología supuso una revelación en el siglo XIX. La base es que se escribe con el cerebro, donde almacena la información que forja al individuo. Tal como relata Del Val (1963) describe como en el siglo XIX, las escuelas surgen en Europa, en un principio se dedican a realizar un análisis sistemático de la escritura. Los franceses tienden a una interpretación de la "mímica" de la escritura, los alemanes analizan el ritmo y la dinámica en el tipo de redacción y los argentinos apuestan por el análisis emocional. En España, la grafología la introdujo Matilde Ras en 1929

Vels (1983) explica que la grafología no es aún una ciencia. Sin embargo, hay psicólogos que la ven como un test proyectivo de personalidad. En España la Guardia Civil tiene psicólogos que estudian las notas de suicidio o las cartas de amenazas. En los suicidios, los agentes recopilan, además de la carta, más muestras documentales como

dibujos, informes médicos, testimonios de su ambiente (Barberá-Méndez, 1998).

Entre los fines de la Grafología está determinar la autenticidad de documentos manuscritos. La escritura es una conducta automática e individual, por lo que es posible determinar si dos o más grafismos (textos, firmas, etc.) corresponden a un sólo sujeto o han sido falsificados. La Grafología cuenta con instrumentos que garantizan las conclusiones de la pericia y es admitido como prueba judicial.

**MARCO TEÓRICO ESPECÍFICO: LA
AUTOPSIA PSICOLÓGICA DENTRO
DE LA PSICOLOGÍA JURÍDICA**

2.- LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA DENTRO DE LA PSICOLOGÍA JURÍDICA

2.1. Áreas de la Psicología Jurídica vinculadas a la Autopsia Psicológica.

Es preciso comenzar con una definición de psicología que nos adentrará en el conocimiento de la Psicología Jurídica. "El estudio del comportamiento de las personas y sociedades, por la necesidad de desenvolverse dentro de normas jurídicas, así como sus regulaciones y la forma de desenvolverse los grupos" (Clemente, 2000).

Por otra parte "la Psicología y la Ley parecen dos mundos condenados a entenderse" (Sobral, 1994. p. 15). Basándose en que el estudio de la Psicología se centra en el comportamiento humano. No así el derecho, que regula y prescribe, ciertos comportamientos según las sociales, basadas en la convivencia.

Entre la Psicología y el Derecho, manifiestan las tres dificultades: A) La conducta se

estudia desde el derecho y desde la psicología, pero de forma diferente: la Psicología busca (entender, predecir y regular) las leyes del comportamiento; el derecho, desarrolla normas para controlar la conducta; B) El derecho busca regularizar las relaciones sociales sin estudiar la sociedad, las personas y sus relaciones; C) Por último, la breve historia del interés de la Psicología científica por el estudio de los fenómenos que se producen en el derecho.

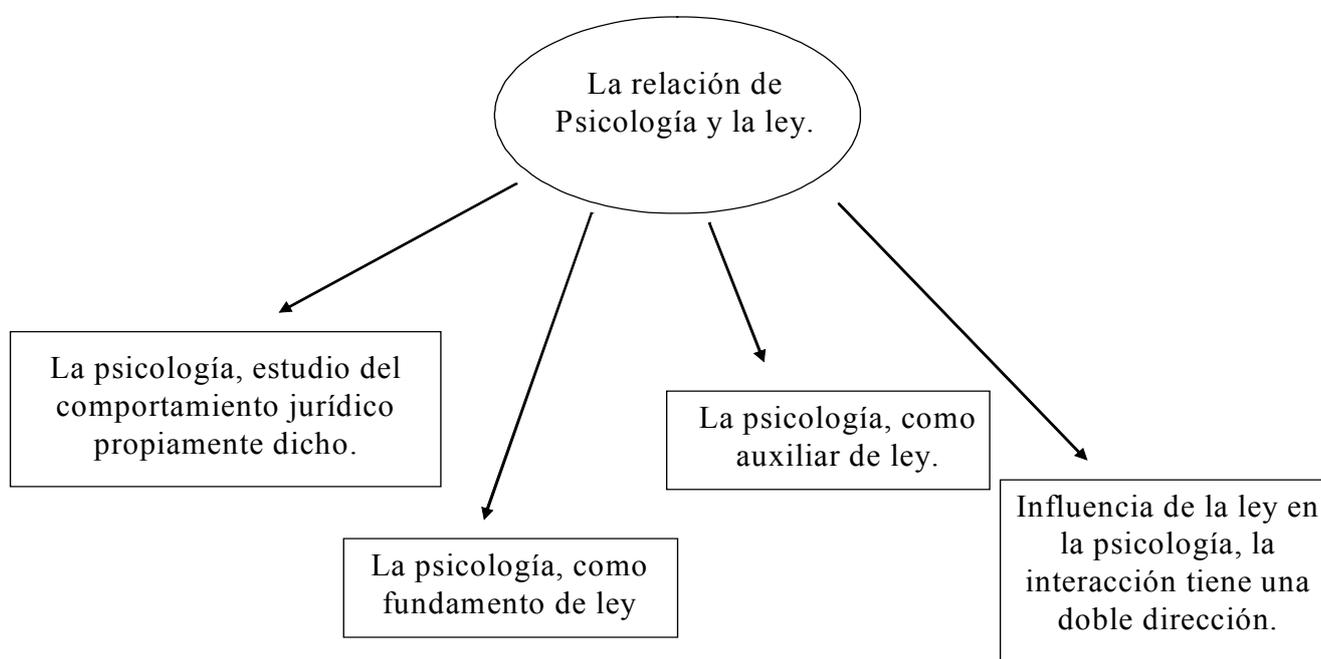


Figura 2 Relación Psicología y Ley.

Fuente: Garrido, 2006

2.1.1. Historia.

Para entender la Autopsia Psicológica, es necesario, buscar el origen de la Psicología Jurídica. La relación entre Psicología Jurídica y derecho influye en el avance de la Psicología aplicada. Los primeros pasos de la Psicología Jurídica, a través de la historia en España se encuentran en el Código Penal de 1822. En este Código Penal se investiga la figura del delincuente y la imputabilidad.

En el siglo XIX la Frenología a través del desarrollo de diversos métodos de diagnósticos, proponiendo un modelo determinista de la mente, y modelos para determinar la conducta. Se consideró que la frenología, formaba juicios más o menos exactos respecto al carácter.

Corrientes doctrinales como las de Mata (1903), determinan los criterios de salud mental y la razón. Estas corrientes consideran que la razón no es una facultad, sino un estado, y por tanto, incluso con enfermedades podrían conservarse las facultades aún estando infectadas.

Otra corriente española importante, la del Correccionalismo, elaborada por el profesor Roeder (1806-1879) e interpretada por Clemente (1995). Por otra parte, se genera una gran atención a la figura del delincuente como persona, lo que obliga a entenderlo desde su mundo subjetivo.

El antropólogo Lombroso (1836-1909, *op. cit.* Barrita, 1996), al practicar la autopsia de un bandido, encuentra en su cráneo lo que él denominó foseta capital media, cuya existencia es rara en el hombre y frecuente en animales inferiores. Formula a partir de este tipo de hallazgos su teoría del hombre delincuente, y la existencia a la una predisposición innata al delito. La Antropología Criminal, buscó las causas del delito, creando una escuela especializada en este estudio.

Con la Psicología freudiana y la Psicología profunda, se despierta un especial interés en juristas como Jiménez de Asúa (1889-1970) para lograr la comprensión del delito y del criminal. Se enfatiza el desarrollo de un tratamiento resocializador, junto con medidas educativas (Ramírez y cols., 1998). Es viable aplicar la Psicología en campos como: Psicología del testimonio, confesión, credibilidad, motivación psicológica del delito, entre otras. Llegamos al enfoque actual en España donde (Clemente, 2011) describe el resurgir de la Psicología Jurídica. Por tanto, hoy en día la relación entre el Derecho y la Psicología se desarrolla, en obras como "Psicología Jurídica como una ciencia emergente explicativa del derecho" de Clemente (2010). Vivenciándose la necesidad de interrelacionar las ciencias sociales y aportar a la Psicología Forense un mayor status teórico y metodológico.

2.1.1.1 Desarrollo de la Psicología jurídica relacionada con la Autopsia Psicológica.

Albarrán (2002) plantea las relaciones entre Psicología y derecho a partir de los trabajos previos que diferencian varios períodos de desarrollo de la Psicología Jurídica:

Desde principios del s. XX hasta los años 30 se propone la utilización de test de asociación de palabras para establecer la culpabilidad y otros procesos del testimonio.

De 1930 hasta 1950, Etapa de la Psicología del Derecho, trabajos monográficos sobre Psicología Legal como los de McCarty en 1929 y Wigmore en 1937. Se inicia el uso de test como instrumentos científicos. Aparecen trabajos sobre el testimonio y simulación.

Hasta 1970, se potencia la preocupación por los trastornos mentales, la influencia de la publicidad antes de los juicios, las sentencias, etcétera.

A partir de 1970 La expansión de la Psicología Jurídica: aparecen manuales sobre el análisis psicológico del delincuente, imputabilidad, memoria de testigos, intervención con niños, separaciones y divorcios, tutelas legales, etc.

2.1.2. Definición, concepto y objetivos.

La definición de la Psicología Jurídica que consideramos más acorde con nuestro estudio es la siguiente: "Es el estudio del comportamiento de las personas y de los grupos sociales en cuanto tienen la necesidad de relacionarse dentro de ambientes reglados jurídicamente, así como del desarrollo y la evolución de las regulaciones o leyes sociales" (Clemente, 2011).

No puede desvincularse de la Psicología Forense como ciencia que usando los procedimientos y conocimientos de la psicología, las neurociencias, y otras disciplinas vinculadas da un diagnóstico sobre los individuos y sus conductas. Este diagnóstico se

entiende vinculado a unos hechos relacionados con las necesidades del derecho. Su objetivo es obtener evidencias, mediante la administración de pruebas diagnósticas como la entrevista, la administración de pruebas psicológicas y/o psicológicas, para elaborar un informe dentro de la terminología del derecho pueda clarificar las dudas jurídicas. La Psicología Forense en su desarrollo debe tener siempre en cuenta los Principios de ética y códigos de conducta (Clemente, Espinosa y Urra, 2011).

La Psicología Jurídica posee un concepto completo y cambiante. Se considera una rama de la Psicología y su definición habla de tres vertientes distintas:

La Administración de Justicia de 1989 define esta especialización psicológica como: “...trabajador que con título universitario superior, bajo la dependencia de las autoridades judiciales, desempeña funciones de asesoramiento técnico en los tribunales, Juzgados y órganos técnicos en materia de su disciplina profesional”.

Por lo que la Psicología Jurídica auxilia al derecho, aportando a la justicia principios, técnicas e instrumentos psicológicos que permitan la valoración objetiva de la conducta humana como los que aportan autores destacados en Psicología Jurídica (Clemente, Espinosa y Vidal, 2008).

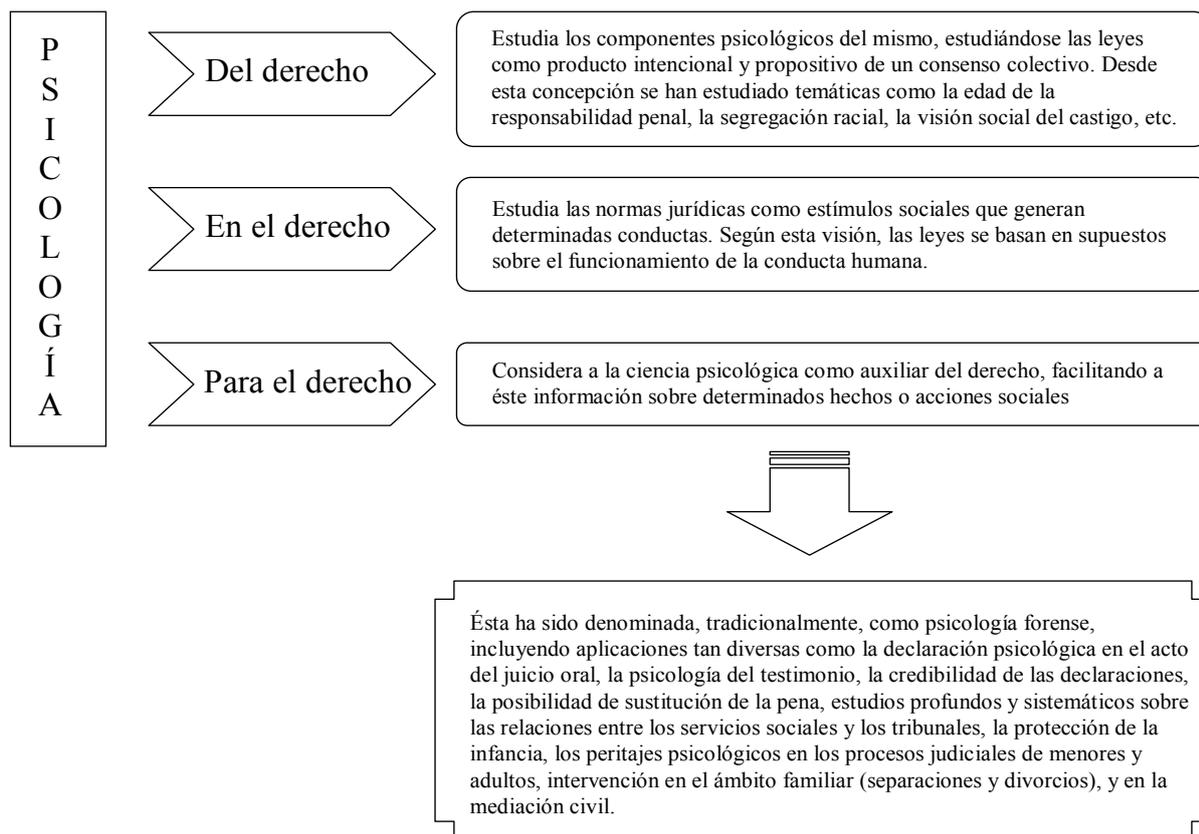


Figura 3 Diferentes visiones de la Psicología Jurídica

Fuente: Muñoz, Bayés y Munné, 1980

2.1.3. La Psicología Jurídica en España

La Psicología Jurídica en España se inicia en el siglo XIX, dividiéndola en distintas etapas (Carpintero y Rechea, 1995):

- En el siglo XIX las grandes temáticas que surgen son: El concepto de la antropológica del delincuente y la pena; La frenología, de la que ya hablamos anteriormente; La Medicina Legal que quiere determinar como la salud mental tiene como temática de estudio las funciones anímicas del hombre; La visión correccionalista, considerando al delincuente como alguien incapaz de llevar por si solo una vida libre; Otras presentando una concepción naturista del hombre.

- En España la Ley de sanidad de 1885 crea el cuerpo llamado “Facultativos Forenses” creando tres secciones: Medicina y Cirugía; Toxicología y Psicología; Medicina Mental y Antropología. Es dentro de las secciones segunda y tercera donde tienen cabida los primeros trabajos de la psicopatología.

- En 1974 aparece el “Anuario de Sociología y Psicología Jurídica ”, promovido por Munné.

- En 1980 publica el manual “Introducción a la Psicología Jurídica ”, de Muñoz Sabaté, Bayés y Munné.

-
- En 1980 se introduce la figura del psicólogo en las instituciones penitenciarias, gracias a la Ley Penitenciaria del 1979.
 - En 1981 se aprobó la Ley del Divorcio que generó la creación de los Juzgados de Familia y la introducción el psicólogo como técnico.
 - 1988 se creó la figura del psicólogo forense.
 - En el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, realizado en Valencia en 1990, el área novena estuvo dedicada a la Psicología Jurídica .
 - El I Congreso Iberoamericano de Psicología, celebrado en Madrid, 1992, el área 5 estuvo dedicada a la Psicología Jurídica ,
 - En la IV Conferencia Europea de Psicología Jurídica (Barcelona, abril 1994) presidida por Munné, se presentaron 102 trabajos, y de estos, más de la mitad eran autores españoles.
 - II Congreso Iberoamericano de Psicología, celebrado en Madrid, en julio de 1998, dedicó un área a la Psicología Jurídica .
 - En el I Congreso Hispano- Alemán de Psicología Jurídica , celebrado en Pamplona, julio de 2000.
 - En el VII Congreso Nacional de Psicología Social, celebrado en septiembre de 2000 en Oviedo, donde la mesa 5 estuvo dedicada a la Psicología Jurídica.

- En el IV Congreso de la Asociación Iberoamericana de Psicología Jurídica , celebrado en Madrid, noviembre 2001.

2.1.4. Ámbito de actuación vinculado a la Autopsia Psicológica.

La integración de los psicólogos en los equipos interdisciplinares que actúan en los Tribunales hace necesario dotarlos de principios deontológicos. El perito no es el juzgador, sólo aclara dudas con su informe, por lo que se debe tener en cuenta que debe estar respaldado por criterios de imparcialidad. El perito debe tener en cuenta igualmente que los Jueces, ni el Jurado conocen sus técnicas y su fiabilidad, por lo que debe ser claro. El psicólogo como perito es un técnico que debe desarrollar un informe con un alto grado de validez y fiabilidad. Entre sus ámbitos de actuación se encuentran:

Psicología forense penal

En los últimos años los abogados y jueces han ido demandando con mayor frecuencia, los testimonios de los psicólogos como expertos de la personalidad y para diferenciar el comportamiento normal y anormal de los sujetos a los que se le imputa un delito penal.

Sus ámbitos de actuación son: Observación de los hechos y situaciones relacionadas con el delito; Valoración del testimonio; Estudio y evaluación del delincuente; Predicción de peligrosidad del delincuente; Preparación de testigos; Valoración de responsabilidad en

los accidentes de tráfico

Psicología forense civil:

Sus ámbitos de actuación comprenden: Capacidad e Incapacidad civil por etiología psíquica; Capacidad para ser testigos o testadores; Valoración de la capacitación civil en consentimiento en los negocios (Preferentes bancarios); Valoración de cambio de sexo; Secuelas neuropsicológicas por accidentes de tráfico; Secuelas psíquicas, por agresiones; Responsabilidad civil contractual y extracontractual; Autopsias psicológicas.

Adopciones:

Los psicólogos forenses en los Juzgados de lo Civil son requeridos para llevar a cabo peritaciones sobre la adopción de menores y la concesión de tutelas. Se valoran las cuestiones sobre la adecuación y conveniencia de los futuros padres adoptantes o del tutor.

Psicología forense laboral:

La figura del psicólogo es cada día más frecuente en los procedimientos laborales ante los Juzgados de lo Social, requerido para que informe y valore la lesión psíquica, así como la incapacidad producida como consecuencia de la interacción laboral. En otros casos se valora: la simulación de la enfermedad o la lesión, o neurosis de renta; evaluación psíquica que pudieran invalidar la firma de un contrato; valoración de la capacidad laboral por trastorno o enfermedad común.; estudio de la incapacidad absoluta, invalidez o gran invalidez, por enfermedad psíquica; secuelas psiquiátricas por accidentes de trabajo; valoración de enfermedad o lesiones cuyo origen o causa tienen relación directa con el trabajo; valoración de enfermedades profesionales o ligadas a la profesión u oficio;

diagnostico de enfermedades del trabajo o indirectamente profesionales que pueden ser producidas tanto con ocasión del trabajo como en otras circunstancias; estudio del grado de minusvalía de los hijos con diversidad, para desgravación en la declaración de la renta. (impuestos de hacienda) y el análisis de los accidentes de trabajo o cuando el trabajador tiene accidente “in itinere”, dándose una relación de causalidad directa entre accidente y trabajo.

Psicología en juzgados de familia:

El equipo psicosocial adscrito al Juzgado de familia resuelve con rapidez y con los mismos criterios en los divorcios y separaciones. Los psicólogos en los Juzgados aportan múltiples ventajas, permite un punto de vista más dinámico. Además de desarrollar una función de asesor judicial que va más allá de la realización del informe. Lo más importante es que aportan un criterio presumiblemente imparcial por su condición de funcionario (Echeburúa y Corral, 1998).

El perito asesora, auxiliando al Juez con sus informes, clarificando la situación familiar o cooperando a la hora de entender de los hechos en duda. El psicólogo forense debe poseer conocimientos y especialización jurídica en el ámbito en el que va a intervenir (separación, divorcio, nulidad). El psicólogo actúa además como mediador en los litigios familiares, tanto en su papel como psicólogo propiamente dicho, como también para cumplir el objetivo de una Justicia con valor de servicio público en favor de la comunidad, haciéndola más rápida y eficaz.

Otras áreas de intervención dentro de este campo son: evaluación de la personalidad y la adaptación emocional de los padres; habilidades como padres. proyectos y expectativas

de futuro; estudio de la personalidad de los hijos y su interacción familiar; adaptación del menor a la sociedad, escuela y familiar; capacidad de ambos cónyuges para ostentar la guarda y custodia de los hijos menores; supuestos de nulidad y en casos de separación, divorcio. además los psicólogos de los juzgados de familia interviene en: custodia de los menores y régimen de visita sobre el padre/madre no custodio.

Psicología en juzgados de menores:

Algunas áreas de intervención dentro de este campo son: valoración de la personalidad del menor. un diagnóstico personal y familiar para uso judicial. asesoramiento al juez, desde el informe pericial inicial, la recomendación de un tratamiento o de unas medidas con relación al menor y la familia y finalmente el seguimiento de las resoluciones dictadas por el juez y la valoración de los resultados de dicha situación y sus consecuencias (De Paúl y cols. 1996).

Clínicas médico forenses:

En este ámbito los psicólogos son nombrados por el Ministerio de Justicia y ejercen como agregado a las clínicas médico forenses, colaborando con los forenses psiquiatras, forenses especialistas en neurología atendiendo a cuestiones propias de sus conocimientos psicológicos le son sometidas por la Jurisdicción, Penal Civil o Laboral. Entre sus funciones se encuentran: La valoración de la personalidad del sujeto sometido a un proceso penal; colaboración dentro de los juzgados de lo social, en demandas de pensiones o indemnizaciones, para valorar el alcance de una lesión traumática del trabajador o la posibilidad de simulación y el análisis acerca de la validez de las declaraciones de testigos.

2.1.5 La memoria y los testigos: El testimonio.

En el ámbito judicial, el proceso cognitivo de la memoria, es un elemento de vital importancia para los procesos de testimonios. Es a partir de la memoria de los testigos y de la validez de estos hechos jurídicos, de donde se obtienen las investigaciones significativas.

El valor del testimonio, correlaciona con la proximidad entre el incidente y el relato del testigo, a más cercano es el relato de los hechos más rica es la información que se aporta. Existen situaciones en las que hay fallos en la memoria, independientemente de la importancia del suceso, el relato jurídico puede ser afectado. Las declaraciones se sustentan, en la capacidad de la memoria de los testigos y de su mayor o menor facilidad para recordar. Desde la Psicología hay dos tipos de errores que afectan a la memoria; los errores de comisión, añaden datos que nunca ocurrieron y los de omisión, se olvida algún detalle que realmente ocurrió.

Diges y Alonso-Quecuty (1993) describen como la Psicología del Testimonio se encuentra dentro de la psicología. El estudio de la memoria de los testigos es una área de gran importancia para la Psicología del testimonio donde se investiga sobre la exactitud y la credibilidad de las declaraciones de los testigos. En la memoria se desarrollan y reproducen los hechos originales de forma correcta y completa.

El testimonio es la descripción del suceso, personas, objetos y situaciones del testigo que declara. Hoy se buscan estrategias y sistemas para garantizar las declaraciones o las identificaciones fiables. Un testimonio inexacto altera la investigación forense creando un

error judicial.

Alteración de la memoria de los testigos. El recuerdo depende de cómo se codifica y de cómo se recupera de la memoria, y en ello va a influir tanto las circunstancias que rodean al suceso sobre el que se da un testimonio, como las condiciones en que se toma declaración al testigo.

Los factores que afectan a la memoria esta en función a la fase en que intervienen. En la fase de codificación como los factores de suceso, situación y de testigo como la luminosidad, duración del incidente, actividad del testigo, información extraña, edad, sexo, raza, inteligencia, confianza, estrés. La retención y recuperación de la memoria son variables que optimizan el testimonio.

La codificación del recuerdo. La visión de, por ejemplo, el mismo accidente de tráfico, aporta diferentes testimonios. Tanto en el intervalo que pasa hasta el juicio, como el que se tarda en llegar al lugar de los hechos, son factores que afectan a la memoria. El primero por olvido. El segundo por la sugestión que afecta al testimonio los comentarios y relatos de otros testigos presenciales. En el proceso de codificación de la memoria hay factores que afectan a los procesos perceptivos y de atención, definidos también como factores de suceso y de testigo.

Las variables de suceso de mayor interés en lo que respecta a la codificación son las características de la luz, duración de los hechos, los detalles, la familiaridad, el tipo de delito, la frecuencia y la violencia. A continuación se detallan estas variables:

- Las Características de la luz dado que: La visión en la oscuridad reduce el campo

visual no capta colores impidiendo que los contornos se vean completamente definidos por un cambio gradual en la iluminación al oscurecer, provoca una adaptación progresiva, donde la falta de adaptación rápida, dificulta ver, duración del suceso como en:

Los delitos rápidos no permiten procesar los hechos y hay un menor recuerdo. Los detalles: El detalle no habitual disminuye el recuerdo de los habituales, ante un robo con arma la atención se centra en el arma y no en el agresor.

- Familiaridad: El reconocimiento de los elementos que facilitan la memoria. Se describen mejor los elementos que conocemos, además ayudan a seleccionar y destacar detalles. En estos casos hay que ser más cuidadosos al rellenar lagunas de la memoria.

- Tipo de suceso: Lo nuevo y diferente, atrae la atención y mantiene el interés, lo común, no se recuerda de forma específica. A mayor número de factores emocionales más se distorsionan los recuerdos.

- Violencia: A mayor grado de violencia peor recuerdo. Pues el aumento del estrés afecta al recuerdo. El que presenta el suceso procesa los estímulos pero no los guarda en la memoria, por la falta de recursos cognitivos.

- Frecuencia: La costumbre de situaciones delictivas y la exposición a altos niveles de estrés afecta menos a la memoria aunque se producen más errores del recuerdo debido a las interferencias de las otras situaciones vividas.

Variables del testigo. Si preguntamos a varios testigos por lo que han visto, existirán

diferencias en sus relatos, cada uno codifica e interpreta la información de forma diferente según el estrés, sexo, edad, estereotipos y entrenamiento.

Estrés del suceso produce un efecto que Easterbrook (1959) define, como estrechamiento del foco. Easterbrook (1959) indica que el arousal disminuye la atención de los indicios periféricos y intensifica los centrales. Por tanto, el incremento de arousal facilita el recuerdo facial si mantiene atención sobre una cara, pero interfiere si presenta atención en el arma según:

- Sexo: Algunas investigaciones indican la existencia de diferencias en el recuerdo entre hombres y mujeres, ya que prestan atención a aspectos diferentes de los hechos.
- Edad: La Psicología ha demostrado que los niños pequeños no tienen problemas en distinguir entre la realidad y la fantasía.

Las razones por las que los niños muy pequeños tengan declaraciones de peor calidad a la de los adultos, se debe a que no saben determinar lo importantes de una situación.

En la vejez, hay más dificultad en recordar detalles y son más cautos al explicarse sus declaraciones son exactas.

Expectativas y estereotipos: Cuando esperamos que suceda algo, es muy probable que nos parezca verla. Los estereotipos son exageraciones de características que presenta un colectivo.

También en función del físico de una persona (cicatrices, tatuajes...) se le atribuyen conductas delictivas. Donde la percepción de los hechos fue inexacta es fácil que tenga errores de comisión de la memoria al rellenar el recuerdo con información no real, que él

considera “probable” en base a sus concepciones estereotipadas. Y el entrenamiento que ayuda a prestar atención a distintos elementos de la escena y no a otros, y que después recuerde. Sin embargo, es discutible si el entrenamiento sirve realmente para favorecer el recuerdo o la percepción de ciertos aspectos de los hechos delictivos.

2.1.5.1. La retención y recuperación.

Las variables vinculadas al proceso de retención y recuperación son la demora y/o el tiempo transcurrido desde que ocurren los hechos hasta el relato de estos o recuperación, y depende de la recuperación múltiple, el tipo de declaración que se realiza con los testigos y la información después de los hechos (Diges, 1997). Cuanto mayor es la demora entre lo presenciado o aprendido mayor es también el olvido. En la identificación de personas cuanto más demora menor recuerdo. Por otro lado cuanto mayor es la recuperación múltiple, es decir, veces que ha tenido que recuperar un suceso, mayor será también la distorsión. Dado que cada recuperación del recuerdo distorsiona por transformación al incorporar nuevos datos y por la reinterpretación de los existentes. Las investigaciones muestran que la recuperación múltiple de la información hace que el olvido sea más lento de lo normal además de aumentar el recuerdo de detalles exactos y erróneos.

La información ambiental puede ser incorporada por el testigo a su recuerdo como si fuese original, pues el proceso de recuperación se desarrolla a través de la reconstrucción de la información almacenada. Cuando se fuerza la recuperación de un suceso, usamos los datos que ayuden a recuperar los detalles olvidados o difusos, que deteriora la huella de memoria. Las investigaciones buscan rasgos que diferencien los relatos reales y los falsos.

El tipo y las formas del lenguaje afectan a la declaración de los testigos: Según el inicio del interrogatorio; La empatía con el testigo y según se haga una entrevista abierta o cerrada.

El interrogatorio puede ser narrativo sin limitación ni interrupciones, cuya ventaja, las declaraciones no contienen distorsiones, aunque pobres en cantidad de detalles. El interrogativo es un recuerdo dirigido da mucha información pero con distorsiones. La combinación del interrogatorio narrativo e interrogativo cuenta con sus palabras y después se le pregunta lo que no queda claro. A la hora de preguntar hay que tener en cuenta la secuencia de las preguntas, si están ordenadas según la secuencia temporal del suceso, el testimonio es más exacto.

El interrogatorio no puede sugerir ni parcial ni completamente la respuesta. Las investigaciones han demostrado que influyen en las respuestas de los testigos. Alonso-Quecuty (1993) realizó un experimento en el que interrogaban a testigos de accidentes de automóvil simulados. En el primer experimento, formulaban una pregunta manipulaba el verbo de la oración («¿a qué velocidad iban los vehículos cuando se estrellaron?»), cambiando el verbo por «colisionar», «abollar», «dar contra» y «contactar»).

Los resultados indicaron que la manipulación del verbo de la pregunta hizo variar significativamente el testimonio. Un verbo que denota un accidente más grave implica que se ha ido a mayor velocidad en el momento del accidente.

La declaración del testimonio propuesta por Fisher y Geiselman (1988), que denominan entrevista cognitiva, permite a la policía diferenciar entre testigos exactos e

inexactos. Contexto, ambiente propicio; que recuerdo, es decir que cuente todo, sea pertinente o no como impresiones, sensaciones. Que recupere de atrás hacia adelante y en su orden cronológico. Que lo haga desde distintas perspectivas cómo lo contarían los otros testigos.

Transferencia inconsciente. Identificar como autor, a una persona que han visto en otro lugar, en el momento contiguo al suceso o dentro del suceso. Alonso-Quecuty (2001) explica este hecho es propio de la naturaleza de la memoria humana. Según la autora, ver brevemente a una persona puede hacernos verla como algo familiar si la volvemos a ver, la cara es más fácil de recordar que el lugar se vio esa cara. La cara vista posteriormente se integra en la memoria del suceso y se confunde cuando se intenta recuperar esa información. El fenómeno de transferencia inconsciente ocurrirá cuando el inocente es visto a la vez que el delincuente, o al tiempo.

2.1.5.2. Ruedas de identificación.

Las investigaciones indican limitaciones en la capacidad de recordar y reconocer caras. En las declaraciones de testimonios se deben tener en cuenta estas limitaciones de la memoria antes de valorar la exactitud de una identificación. La investigación psicológica explica como funcionan los procesos que aportan una mala o buena identificación, aportando una metodología que posibilita la realización de ruedas de identificación imparciales y efectivas (Sobral y Arce, 1990).

Las caras se perciben como un todo. Los estudios, indican que en el pelo, nariz, boca, labios, barbilla, orejas y los ojos son en las que más nos fijamos y, las más útiles para

identificar a alguien.

Según Diges (1993) cuando se manipulan las características faciales como poner bigotes, gafas o estilo de peinado se deteriora la correcta identificación. Otro problema cuando hay más de un testigo y cada uno da una descripción relativamente diferente.

2.1.5.3. Evaluación de la identificación.

Las diferentes investigaciones sobre ruedas de identificación aportan una serie de pautas a seguir para realizar de forma más precisa la identificación de personas mediante ruedas, tanto fotográficas como en vivo. Lo ideal sería realizar la rueda en el lugar del delito.

Las recomendaciones teóricas del procedimiento de reconocimiento de personas, no resultan fáciles debido al tiempo y a los medios de que disponen la policía como los jueces, impidiendo actualmente, desarrollar en su totalidad estas pautas.

2.1.5.4. Credibilidad del testimonio.

La exactitud de un testigo, puede resultar poco creíble, y por otra parte la seguridad de otro puede aportar una declaración poco exacta.

Credibilidad y confianza. La credibilidad es el grado de exactitud en función de la memoria, del conocimiento del suceso y de otros factores sociales que se atribuyen a un testigo y a un testimonio. El testimonio es la prueba disponible, la credibilidad es

determinante para emitir el veredicto, existen diversos métodos para la obtención de la credibilidad como se indica en (Field, Malphurs, Yando, Bendell, Carraway y Cohen 2010).

Se da mayor credibilidad a los testigos honestos que sean imparciales no tengan intereses en el proceso. Hay que tener en cuenta que las investigaciones indican que la confianza no es indicador de la exactitud.

Características del testigo creíble. La exactitud del testimonio esta afectada por las como vimos anteriormente por las características del sujeto y características del suceso, además del método elegido para entrevistar a un testigo y el modo de hacerlo.

Influyen factores como ver a la persona o lo que ocurrió, la atención, las características de personalidad, la seguridad, el intervalo de tiempo transcurrido desde el hecho y la coincidencia con otras declaraciones.

Los estudios sobre credibilidad son importantes en el sistema judicial, como los procesos en la toma de decisión de un jurado o tribunal que evalúa si el testimonio de un testigo es creíble o no lo es. Por ello es fundamental la habilidad a la hora de juzgar la credibilidad de un testimonio, en términos de diferenciar si verdaderamente es real o ha sido auto generado. Esta habilidad se obtiene a través de los conocimientos de cómo funciona la memoria y en base a esos conocimientos juzgan la credibilidad de los testimonios y teniendo en cuenta las distorsiones de la información original.

2.1.5.5. Descubriendo la mentira.

La percepción implica la participación del observador, que colabora con sus

expectativas, creencias, etc. Según García (1991) es necesario interpretar los sucesos a partir de nuestra experiencia. Las situaciones poco conocidas para nosotros las interpretamos como sucesos familiares. Cometiendo así muchos errores.

Detectar el engaño. Las características del comportamiento de engaño pueden ser fisiológicas o comportamentales, que presenta la persona que miente. En la detección del engaño nos encontramos con falsos positivos y los falsos negativos del polígrafo; los errores por idiosincrasia; error de Otelo, entre otros.

Cambios fisiológicos coexistentes con la mentira. Los cambios fisiológicos ocurren automáticamente al pensar que va ser descubierto. Las emociones como el miedo, la ira o la depresión, pueden ocurrir a pesar de los esfuerzos que hagamos para evitarlas. La tasa respiratoria y la respuesta psicogalvánica se alteran ante la conducta engañosa.

Cambios conductuales asociados a la mentira. Cambios corporales, movimientos, expresiones faciales, tono de voz se basan en la investigación de las alteraciones fisiológicas derivadas de las emociones como el miedo, la mentira. Las tareas cognitivamente complejas no permiten dedicar suficientes recursos al control de las emociones.

Existen diferencias individuales que nos hacen tener conductas típicamente asociadas a la mentira tanto si mienten, como si están siendo sinceras. Lo que hay que tener en cuenta pues son sesgos propios de los rasgos de personalidad.

Existen diferencias individuales que nos hacen tener conductas típicamente asociadas a la mentira tanto si mienten, como si están siendo sinceras. Lo que hay que tener en cuenta pues son sesgos propios de los rasgos de personalidad.

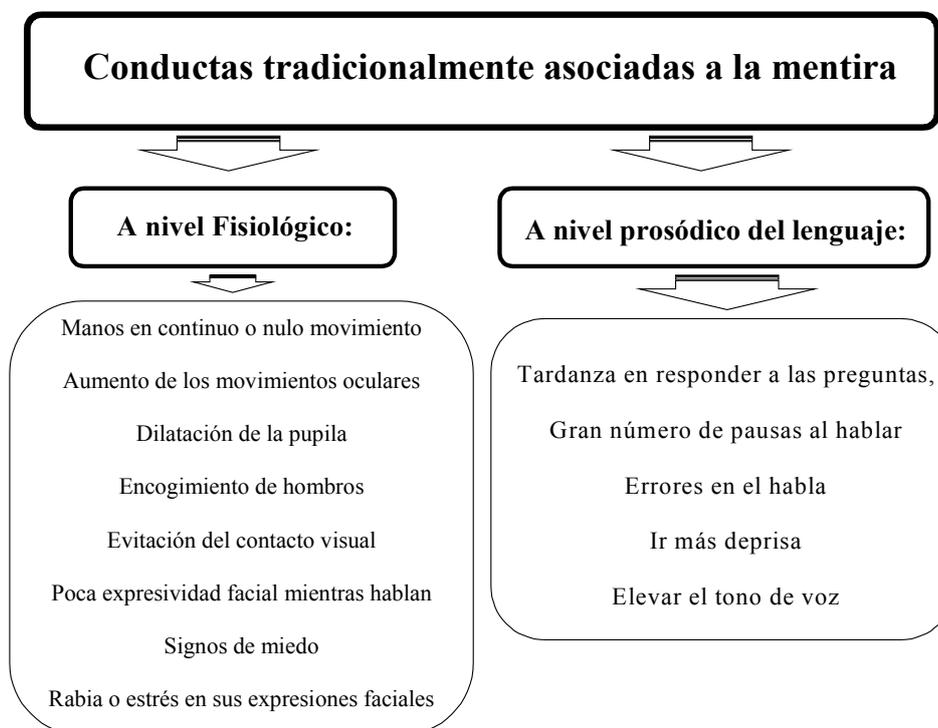


Figura 4 Conductas asociadas a la mentira.

Fuente: Zuckeman(1978)

La ausencia de signos de engaño no implica sinceridad, los errores debido a estas características pueden ser reducidos basándonos en la observación de cambios en la conducta del sospechoso.

Por otro lado, el error de Otelo consiste en olvidar que una persona sincera puede estar asustada y confundir este miedo con el temor a ser descubierta: "El error de Otelo es un ejemplo de cómo las ideas preconcebidas pueden sesgar el juicio de una persona cuando debe decidir sobre la sinceridad de otra, sean cuales fueran las precauciones que se tomen el encargado de descubrir el engaño, el riesgo de error es elevado". (Serrano y cols. (2010) pp. 125-130).

Detección de la mentira. Condiciones que determinan la existencia de una mentira: Conciencia del hablante de qué es lo cierto; Conocimiento del carácter incierto de lo que dice; Intención de engañar y Interés en el hablante en ser considerado como veraz.

Mentir implica que el que miente tiene intención de engañar y es consciente de que lo que dice es falso y, el interlocutor no es consciente de que va a ser engañado. La ciencia a través de la Psicología investiga los procesos que nos permiten diferenciar entre algo que está siendo percibido de algo que está siendo imaginado o algo que está siendo recordado.

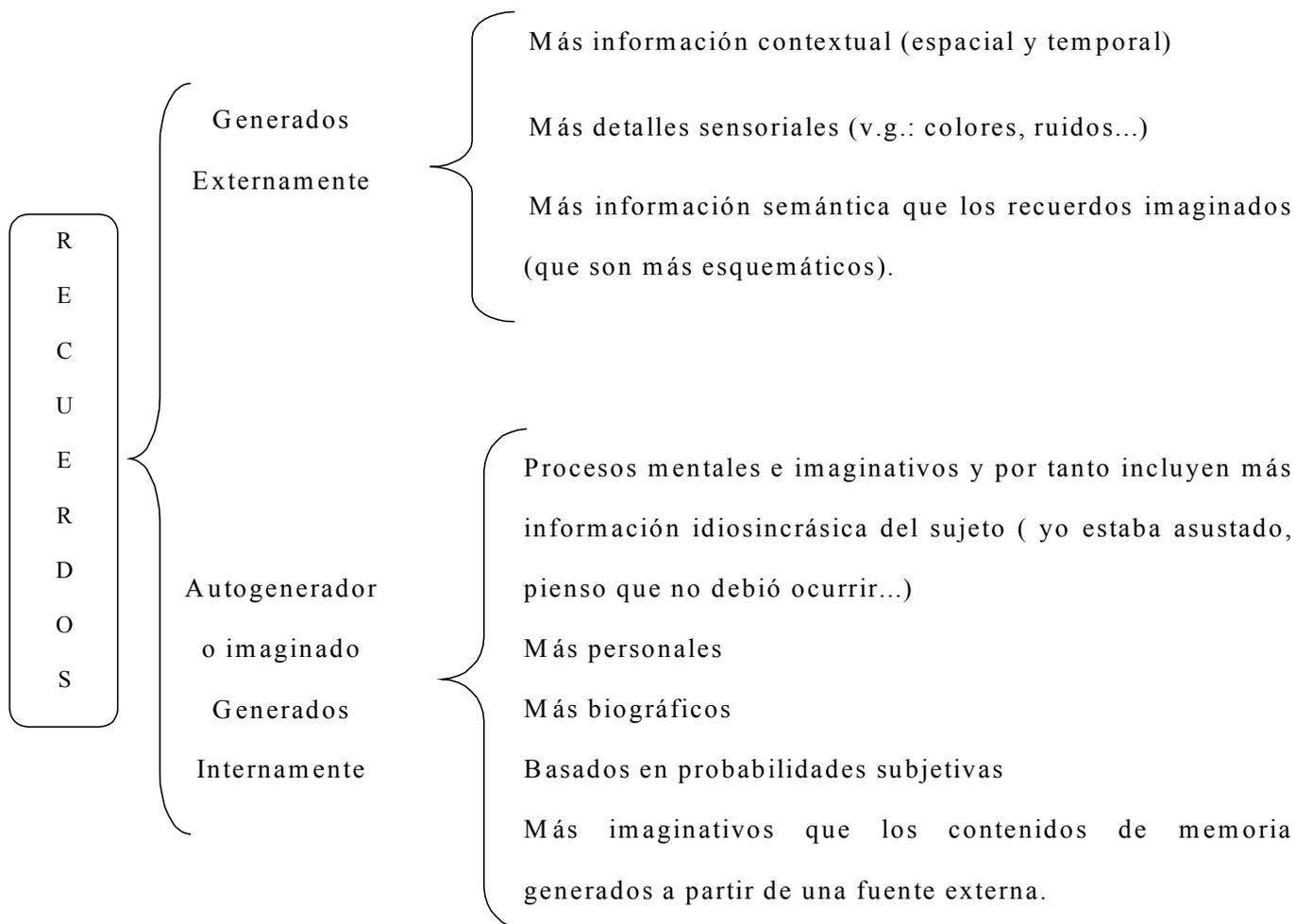


Figura 5 Estructura de los recuerdos.

Fuente: Cantón y Cortés (citados por Diges, 1997)

Por tanto cuando un testigo declara la verdad, está recordando hechos que realmente ha percibido y estos son ricos en detalles y contextualizados, mientras si miente, su declaración son sucesos imaginados, son descontextualizados y pobres en detalles.

Indicadores conductuales de la mentira: Se observan los aspectos no verbales y verbales de la conducta de una persona que indica que está mintiendo, es común entre los abogados y policías la creencia de ciertas conductas acompañan la de mentir, pero las investigaciones indican que los estereotipos sobre la conducta engañosa son inválidos.

Garrido y Massip (2001) describen los indicadores conductuales como la activación, las emociones, el distanciamiento con el emisor del discurso, sobrecarga cognoscitiva durante el engaño, control de la conducta generando poca espontaneidad.

Garrido y Massip (2001) la mentira es una estrategia para manipular la verdad para dar la impresión de decir la verdad y proteger la imagen personal.

Análisis del estrés de la voz. (Alonso-Quecuty en Clemente 1995) informa sobre la estilometría que consiste en el análisis de la prosodia, la información no verbal como el tono, las pausas, la latencia de respuesta, etc.

Entrevista asistida con drogas. Barbitúricos como el amobarbital sódico o "suero de la verdad" ha sido recomendado para encontrar la verdad en trastornos psicóticos, amnesias, simulación entre otros (Garrido, 2005). La investigación presenta deficiencias por la falta de rigor experimental.

2.1.6 Victimología.

A lo largo de la Historia el delincuente fue protagonista de las investigaciones, mientras que los estudios sobre la víctima quedaron en un segundo plano. Lombroso, Garófalo y Ferri en el siglo XIX citados por Barrita en 1996, centran su atención en el delincuente. España hasta mediados del Siglo XX, tampoco prestó una adecuada atención a la figura de la víctima.

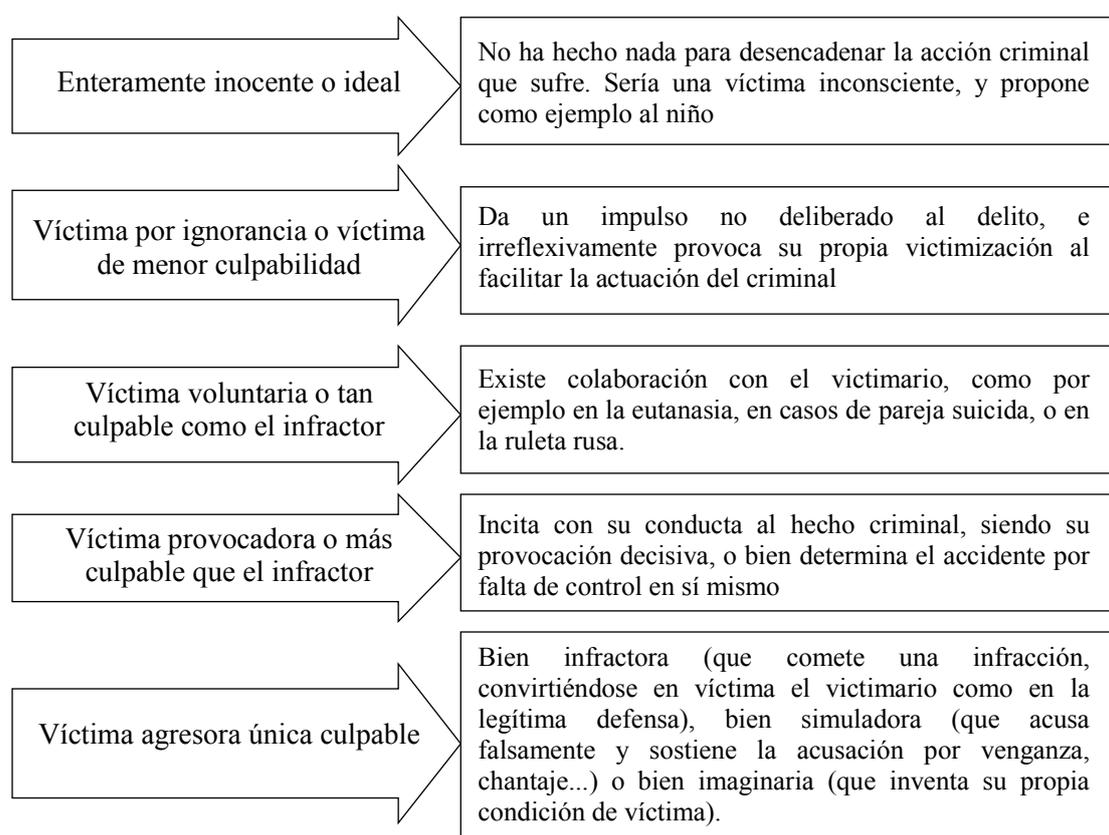


Figura 6 Tipología Victimal de Mendelsohn.

Fuente: Mendelsohn (1976)..

Teniendo en cuenta aportaciones de Mendelsohn (1976) se plantea una nueva tipología:

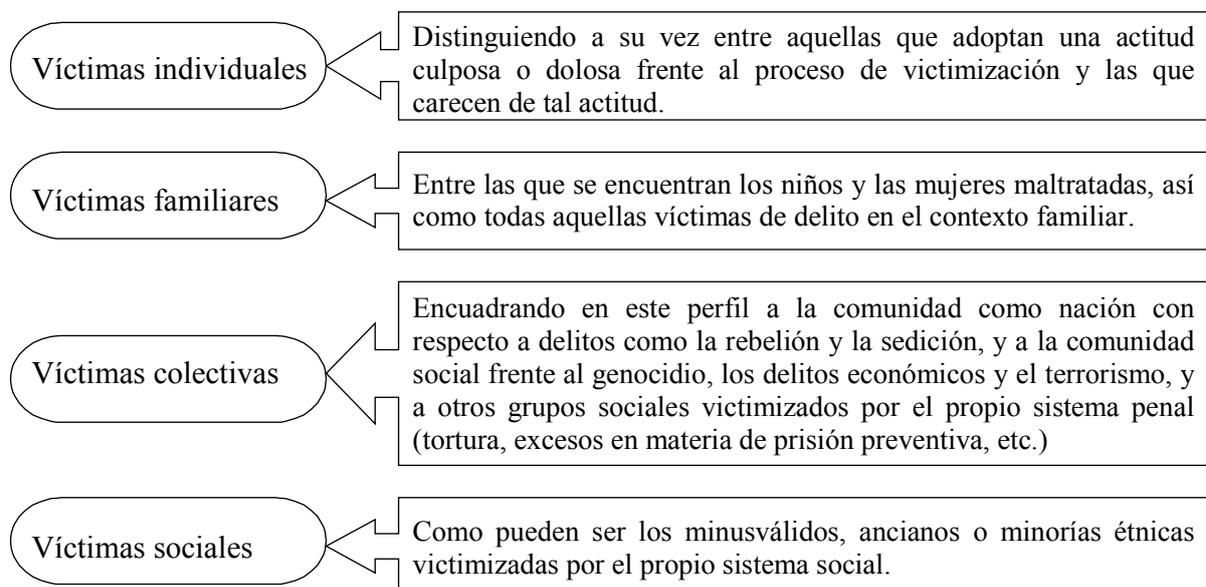


Figura 7 Tipología Victimal de Von Henting.

Fuente: Von Henting (1984).

2.1.6.1 Victimogénesis.

Son los factores que pueden predisponer a ciertos individuos a convertirse en víctimas. A raíz de estos estudios sobre las víctimas se va configurando un campo de investigación, (Mendelsohn 1976) afirmó que estudió todas las clases posibles de víctimas. Donde la Victimología, se ocupa no sólo de las víctimas de delitos, de todas aquellas personas que han sido objeto del desastre por las catástrofes naturales (terremotos, inundaciones...)

2.1.6.2. Victimodogmática.

La victimodogmática explica como algunas víctimas son parte de su propia victimización; ya sea de forma dolosa o imprudente. Investiga la responsabilidad conjunta de la víctima con objeto de eximir al autor o atenuarle la pena.

El consentimiento del ofendido desempeña funciones atenuantes y eximentes en países como Alemania e Italia. En España este planteamiento del "consentimiento del ofendido" no ha sido bien acogido.

2.1.6.3 Concepto de víctima.

La ONU (2001) según la definición de víctima, es aquella persona que ha sufrido una pérdida, daño o lesión en su propia persona, propiedad o en sus derechos humanos como

resultado de una conducta que constituye una violación de la legislación penal nacional, una violación de los principios sobre Derechos Humanos reconocidos internacionalmente o un abuso de poder por parte de la autoridad política o económica.

Hay que tener en cuenta que se puede ser víctima sin la comisión de un delito: En caso de catástrofes naturales o acción de animales; Autovictimización: dolosa o imprudente y Conducta dañosa para la víctima que no se trata de una conducta delictiva.

CLASIFICACIÓN DE LAS VÍCTIMAS

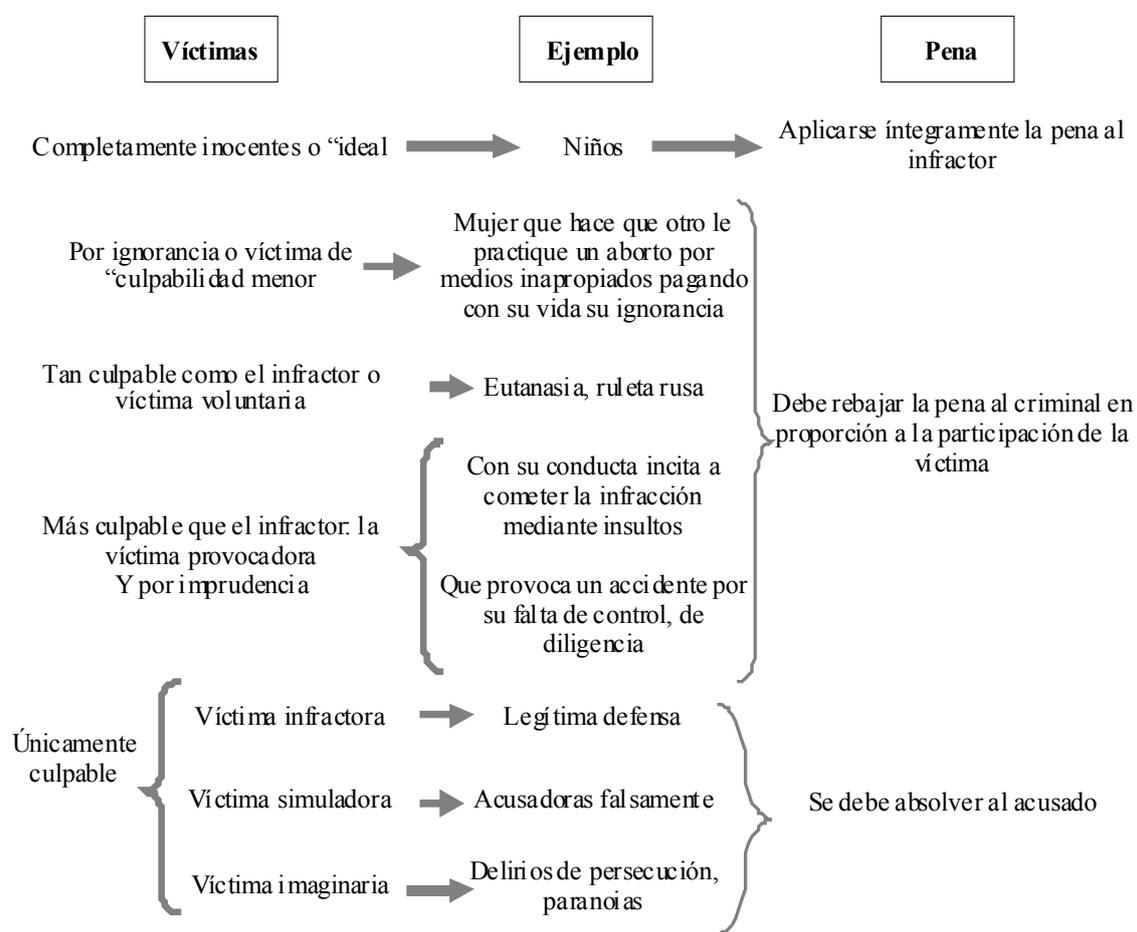


Figura 8 Esquema del grado de culpabilidad.

Fuente: Mendelsohn (1976)

Mendelsohn (1976): Según el grado de culpabilidad que tiene la víctima en relación con el infractor. Así a mayor culpabilidad de la víctima menor culpabilidad del infractor.

La clasificación de Landrove (1998) recopila la mayoría de las clasificaciones existentes y crear su propia clasificación con las siguientes características:

Víctimas no participantes: son víctimas enteramente inocentes o ideales. El hecho delictivo no se desencadena por su intervención, son víctimas accidentales, indiscriminadas.

Víctimas participantes: tienen una ligera participación en el delito:

- Víctimas que omiten las precauciones,
- Víctimas provocadoras, alternativas, voluntarias
- Víctimas familiares: mujeres, niños, ancianos.
- Víctimas colectivas.
- Víctimas especialmente vulnerables.
- Víctimas simbólicas.
- Falsas víctimas que por ánimo de lucro, venganza, paranoia, deseos de llamar la atención
- Víctimas simuladoras, imaginarias.

2.1.6.4. Evaluación del daño.

El daño psicológico son las lesiones psíquicas producidas por un delito violento; y por otra parte son las secuelas emocionales que persisten de forma crónica como consecuencia del suceso y que interfieren de forma significativa en el funcionamiento de la persona.

Lesiones Psíquicas, según la Ley 35/95 de 11 de diciembre, definida en su artículo 4: “Son lesiones graves aquellas que menoscaben la integridad corporal o la salud física o mental y que incapaciten con carácter temporal o permanente a la persona que las hubiera sufrido, pero además”.

Por tanto, “lesión psíquica”, lejos del tradicional concepto de “daño moral” más impreciso y relacionado con la percepción personal más que con el perjuicio realmente sufrido, es equiparable a menoscabo, es decir, hace referencia a una alteración clínica aguda como consecuencia de haber sufrido un delito violento y que la incapacita significativamente en su vida diaria de tal modo que disminuyen sus oportunidades y dificulta el desempeño sus actividades a todos los niveles (laboral, familiar, personal y social).

Las lesiones psíquicas más habituales son el trastorno de estrés postraumático, cuadros mixtos ansioso - depresivos, trastorno de estrés agudo, trastornos adaptativos mixtos y desestabilización de trastornos de personalidad de base.

Secuela. La secuela se refiere a la incapacidad o minusvalía permanente, que no mejora en un período de tiempo ni con tratamiento. La secuela psíquica más frecuente en las

víctimas de delito es la transformación permanente de la personalidad recogida por la OMS (CIE-10).

Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés postraumático, y ser considerado como un estado crónico o como una secuela irreversible.

Pautas para el diagnóstico:

La transformación de la personalidad debe ser confirmada por la información de un tercero, cumpliendo con la existencia de rasgos previamente ausentes como: Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo; Aislamiento social; Sentimientos de vacío o desesperanza; Sentimiento permanente de “estar al límite”; Vivencia de extrañeza de sí mismo.

Esta transformación presente por lo menos durante dos años, y no debe poder ser atribuida a un trastorno de la personalidad pre existente o a un trastorno mental distinto del trastorno de estrés postraumático.

2.1.6.5. *Victimización secundaria.*

Es la derivada directamente de la relación entre la víctima y el sistema jurídico - penal. Esta victimización incrementa el daño ocasionado por el delito.

El principal efecto es la agudización de los daños psicológicos ocasionados por la primera victimización, esto es, con ocasión del acto delictivo, y con motivo de la frustración de las expectativas del sujeto con respecto a las instituciones de control formal.

Otro aspecto importante es que la valoración del médico forense tan sólo se centra en las lesiones físicas y la toma de muestras biológicas, y nada hace con respecto al estado psicológico de la víctima. Normalmente, los peritajes psicológicos suelen correr a cargo de profesionales de asociaciones de asistencia a mujeres violadas que más tarde son prejuizados e incluso rechazados por los Tribunales al considerarlos parte interesada.

Victimización terciaria: sería el proceso de adscripción y etiquetamiento del rol de víctima, que toma cuerpo cuando la víctima se percibe socialmente estigmatizada por su implicación y, más tarde, tras el proceso judicial los familiares, amigos rechazan a la víctima debido a que recuerdan que el delito de tal modo que aquellas personas que naturalmente apoyarían a la víctima intentan explicar lo ocurrido culpándola.

2.2 Suicidio.

El suicidio es el acto de quitarse la propia vida. Para ser suicidio, la muerte debe ser un elemento central no un motivo político o religioso. Tampoco son suicidas los que se sacrifican por otros en caso de emergencias ni los soldados en una guerra. Para que el suicidio tenga consecuencias legales, debe haber prueba de intención de morir así como la propia muerte para que el acto sea considerado un suicidio.

El concepto de suicidio. El suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria. Se distingue de la destrucción indirecta de la vida que se da cuando la muerte propia no procede de un acto cuyo único fin sea quitarse la vida, aunque de ese acto resulte la muerte (Beck y cols. 1974).

Entre las diversas muertes hay algunas que presentan la particularidad de ser obra de la propia víctima, resultante de un acto en el que el agente y el paciente son una misma persona. Para que podamos considerar la muerte como su efecto. Toda muerte meditada o inmediata de un acto positivo o negativo, ejecutado por la misma víctima se considera suicidio. El suicidio es la muerte que resulta directa o indirectamente de un acto hecho por uno mismo, sabiendo el resultado de sus actos (Baume y Cols. 1997).

2.2.1. Evolución histórica.

La actitud ante la muerte ha variado a través del tiempo; hoy hablamos de una muerte

súbita, sin dolor, como un leve sueño. En la edad media se prefería que la muerte no fuese repentina.

Las civilizaciones antiguas integran la muerte en sus ritos y creencias rechazando y condenando el suicidio. La sociedad del siglo XIX rechazó la sacralización de la muerte, pasó a ser un acto privado. Así, la sociedad se libera de la muerte y por tanto del suicidio. El suicidio era, algo vergonzoso y por ello pocos o casi nadie lo daban a conocer. Actualmente es una enfermedad, de acuerdo entre sociólogos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos y demógrafos, cuando lo ven como uno de los males del siglo. A nivel jurídico y de los derechos humanos hoy el suicidio, se considera por muchos como un derecho.

2.2.1.1. Visión sociológica del suicidio.

El sociólogo francés Emile Durkheim en su obra *El suicidio* (1897), dice que los suicidios son fenómenos personales que responden a causas sociales. Las sociedades presentan manifiestan síntomas patológicos. Por tanto el suicidio sería un hecho social.

Durkheim (1835) define el suicidio como: “Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado”. Donde un acto positivo sería dispararse y un acto negativo no medicarse y dejarse morir.

Durkheim distingue cuatro clases de suicidios:

1. Egoísta en sociedades deficientes o sin integración social

2. Anómico por falta de regulación social o donde las normas asumidas por el individuo.
3. Fatalista existe un alto grado de regulación social.
4. Altruista con alto grado de integración social.

Durkheim (1897) op. cit. Davison y Neale (2000) describió el suicidio como un fenómeno sociológico más que acto individual. Es una mala adaptación e integración social del individuo.

2.2.1.2 El suicidio y la ley.

Las legislaciones indican que si en un suicidio puede ser evitado, debe hacerse. De no prestar auxilio evitando el suicidio podría considerarse no asistencia ante situación en peligro, tipificado como delito.

Valoraciones morales. Mientras que para la teología el suicidio es malo, para otros, el suicidio directo es pecaminoso, pero un suicidio indirecto, no.

Una clasificación de los suicidios podría ser:

1. Los vicariantes: aceleran su muerte futura, planteándose que no hay esperanzas.
2. Los perfeccionistas: no toleran el menoscabo personal, económico, social, o la pérdida del poder y prestigio.

3. Los hedonistas: no soportan una disminución en el placer.
4. Los transicionales: ante crisis vitales, optan por el suicidio.
5. Los sintomáticos: vulnerables por su enfermedad mental.

2.2.2 Teorías psicológicas.

Formulaciones no psicoanalíticas: Explican que el agotamiento disminuye la conciencia generando depresión. Esta teoría describe la incapacidad de adaptación, falta de voluntad de vivir; hostilidad; narcisismo; compensaciones de tendencias homicidas.

Formulaciones psicoanalíticas según diferentes autores:

- Freud en 1886 citado por Carpintero y Rechea (1995), dice que la depresión y el suicidio son resultado de un impulso agresivo ante objeto interior que era amado y ahora es odiado.
- Meninge en 1938 citado por Carpintero y Rechea (1995), postula tres elementos del suicidio: Deseo de matar, de ser matado y de morir.
- Silbar en 1937 citado por Carpintero y Rechea (1995), Describe como el suicidio frustra las fuerzas externas de conseguir la inmortalidad.
- Berger en 1986 citado por Carpintero y Rechea (1995), Describe el suicidio como conducta histérica.

2.2.2.1 Factores psicológicos influyentes en el suicidio.

Foster (2011) Define la acción suicida como la manifestación de presiones y tensiones interiores para satisfacer las necesidades internas. La personalidad, las motivaciones, los desajustes emocionales son factores que inducen el comportamiento suicida (Fishbain, Bruns, Lewis, Disorbio, Gao, y Meyer 2011). Las motivaciones interpersonales cuando se quiere provocar una acción, un cambio de actitud o sentimientos en otra u otras personas y no se consigue. La tendencia suicidas predominan entre jóvenes y sujetos de mediana edad. Las características emocionales dado que son personas dependientes, inmaduras, impulsivas, etc. Por tanto la conducta suicida en algunos casos busca crear sentimientos de culpa, este tipo de comportamiento se caracteriza por conductas verbales (Fishbain, Bruns, Lewis, Disorbio, Gao, y Meyer 2011).

La depresión y todas sus características tanto físicas como somáticas; pueden manifestar la necesidad de hacer penitencia y expiar la culpa (Anderson., Sisask, y Vaernik, 2011).

Las motivaciones interpersonales o intrapersonales actúan de igual forma. A veces se presentan síntomas de frustración, hostilidad y agresividad. La agresión busca causar daño a un objeto o persona. Es un sentimiento de destrucción, frustración, describiendo situaciones de homicidio seguido de suicidio (Galta, Olsen, y Wik, 2010).

La agresividad se vincula a la frustración, siendo intensidad de la agresividad inversamente proporcional a la intensidad de la frustración. El aprendizaje juega un papel

importante en la agresividad, se pueden aprender a evitar reacciones agresivas ante situaciones que originan una respuesta hostil, y pueden de forma paralela actuar de manera agresiva frente a situaciones que no provocan violencia (Galta, Olsen, y Wik, 2010).

Kameyama, Matsumoto, Katsumata, Akazawa, Kitani, Hirokawa, y Takeshima (2011) describen en sus estudios la incidencia que actualmente la crisis económica de la sociedad actual afecta a las cifras de suicidios.

2.2.3 Causas que llevan al suicidio.

La influencia de los medios de comunicación en el suicidio. Los medios de comunicación forman parte de la información y la cultura que recibimos. Esta información afecta a nuestros comportamientos y a la visión que tenemos sobre la vida. Ayudan a decidir e impulsan determinados estereotipados.

Un suicida puede estar influenciado por los medios y generarle una depresión, temores, angustias, dado que las noticias de los medios de comunicación se dan como ciertas y convenientes.

Otras causas:

1. Sociológicas: la dificultad en la integración social por el suicida; los traumas por la incapacidades físicas no asimilada, etc.
2. Adicciones: el abuso de drogas y alcohol por los jóvenes, aunque los factores que impulsan el suicidio son similares a los que llevan a ingerir sustancias tóxicas.
3. Psicológicas: el aislamiento psicológico por trastornos emocionales,

frustraciones, pérdidas afectivas llevan al suicidio como lo describen Scourfield, Fincham, Langer y Shiner (2012).

4. Éticas: la desesperación, situaciones extremas, decisiones trágicas. Son la causa principal junto con la angustia y la ansiedad que provocan el suicidio. Es el resultado de una gran sensibilidad o de falta de ideales, que hace perder el sentido de la existencia.

2.2.3.1. Depresión y suicidio.

La depresión puede surgir en cualquier momento de la vida de un individuo. Hay grados de depresión de leve hasta una verdadera amenaza vital (Forgeard, Haigh, Beck, Davidson, Henn, Maier y Seligman, 2011).

La ciencia día a día da mayor énfasis a que las depresiones están originadas por un desequilibrio de las sustancias químicas, que afectan a los neurotransmisores cerebrales. Este desequilibrio puede ser debido a la pérdida de un ser querido, la tensión, una enfermedad, reacciones a Medicinas, alcoholismo, drogas, demencia, la falta de luz. No se debe confundir los estados de tristeza con los estados depresivos.

La sensación de tristeza, decaimiento, y la falta de interés en las cosas se llama depresión. La depresión es una enfermedad progresiva que afecta al pensamiento, sentimiento, la salud física, y el comportamiento. Este trastorno tiene mayor prevalencia en mujeres que en los hombres. Indiferentemente de la raza, o clase social.

Actualmente la depresión es un síntoma relacionado con el tipo de vida que llevamos,

las relaciones familiares, problemas escolares o laborales. Este estado produce soledad, pérdida de motivación, y fatiga.

La depresión lleva a una visión negativa de sí mismo, del mundo, del futuro. La depresión afecta a todos, aunque la mayor incidencia de suicidios consumados corresponde a los varones.

Suicidio por trastorno depresivo. Las causas de la depresión en suicida están derivadas de la falta de control sobre la propia vida y por otro lado, la falta de visión positiva del futuro, debido a la distorsión de la realidad. Podemos diferenciar varios perfiles dentro del suicidio, los sujetos con intentos de suicidio que suelen presentar un estado depresivo fácil de reconocer. Las personas con depresión endógena que tienen un mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, son reacciones bruscas y rápidas.

Los intentos de suicidio son características de las mujeres menores de 35 años (de 15 y 24 años), los hombres se suicidan con más edad. Si lo valoramos por clases sociales es común en las más bajas, pero más efectivo entre las altas y en el ámbito profesional son los de alto status económico.

2.2.3.2. El suicidio en los adolescentes.

En los adolescentes las depresiones con sintomatología tienen mayor riesgo de suicidio. Los adolescentes son muy sensibles a las expectativas futuras y cambios socio familiares caracterizados por pérdidas o rupturas, donde, el suicidio se presenta como una

solución a sus problemas (Ward, 2010).

Las depresiones histéricas, cuando hay anuncios e intentos suicidas melodramáticos ante el público. Por lo general, no es serio es una forma de llamar la atención, se elige el corte en el antebrazo, toma fármacos comunes, etc. Los trastornos depresivos graves, son serios y casi siempre culmina en muerte.

Aspectos médico legales. La depresión neurótica, no tiene imputabilidad penal, ni irresponsabilidad, dado que posee una clara discriminación de la realidad. Si es un cuadro psicótico, con delirio, ideas patológicas, el sujeto esta alienado, por lo tanto es irresponsable.

La depresión presenta un buen pronóstico, no necesita internamiento, por tanto la intervención judicial no es necesaria, lo cual constituye, desde ya un elemento positivo para el conocimiento del paciente.

2.2.3.3. La comunicación en el acto suicida.

En el suicidio, existe una comunicación que tiene gran importancia. La comunicación puede ser verbal o escrita, directa o indirecta, abierta, clara, implícita e indirecta.

Puede referirse a testamentos, cartas de los suicidas donde se muestran las fantasías de muerte; Y conductuales como el retrainamiento, regalo de objetos queridos, incluso suelen referirse a situaciones de culpabilidad, situaciones personales o sociales.

Finalmente, el suicida puede manifestar de forma directa o indirecta una petición de auxilio, de forma que se humille, se haga sentir culpable al que considera culpable de su

situación o en el caso de echarse así mismo la culpa como forma de espiar sus delitos.

2.2.3.4. Características del suicidio.

El suicidio puede producir la muerte, mutilaciones, amenazas, intención destructiva, depresión. Los sentimientos de culpabilidad y la falta de poder comunicar su estado rompen las defensas psicológicas, genera tensión emocional, y aparece el impulso suicida.

El suicida comunica su intención a través del comportamiento, o verbalmente. El comportamiento suicida es dual posee un deseo de morir y vivir a la vez; desesperación, impotencia, agotamiento físico, pérdida del interés.

Tipos de suicidio.

Suicidio egoísta: El suicidio en algunas religiones está sancionado con penas morales, el suicidio es un pecado, lo que preserva la vida del creyente evitando el acto egoísta del suicidio. La inclinación al suicidio aumenta cuando pierde fuerza las creencias, se centra el ser humano en si mismo, fomentando la moral individualista y con ello las tendencias suicidas. La familia presenta dificultades y responsabilidades que contrariamente a las creencias disminuye la tendencia suicida, existen una mayor tendencia en los viudos.

Por un lado los matrimonios prematuros presentan menor tendencia suicida. También hay que considerar que los hijos vinculan a los padres más a la vida, pero en el caso del suicidio este efecto veces es contradictorio, por ejemplo ante la falta de la pareja que desorganiza el sistema familiar. En cambio, la estabilidad familiar preserva del suicidio.

Suicidio egoísta en la sociedad: Las sociedades en proceso de industrialización presentan una mayor desintegración induciendo al suicidio. Por otra parte las grandes guerras fomentas el sentimiento social, estas crisis hace que el individuo piensa menos en sí mismo y más en la situación popular.

Suicidio altruista: Las personas que están demasiado ligadas a la sociedad pueden suicidarse pues ha generado un compromiso totalitario en relación a las ideas, ocupaciones, etc. El individuo que es distinto de sus compañeros, forma parte de un grupo social, sin valor personal por si mismo. El individuo se sacrifica por el placer del sacrificio.

Suicidio Anómico: La sociedad regula. Esta regulación, correlaciona positivamente con la tasa total de suicidios. Las crisis económicas influyen en el suicidio no por el desastre económico del empobrecimiento, sino porque rompen el orden colectivo, y este desequilibrio lleva al suicidio, dado que generan situación inferior. Deben reducir sus necesidades y experiencias, dando una situación nueva que puede llevar al suicidio. La falta de cumplimiento de las necesidades lleva a la infelicidad y de ahí al suicidio. El deseo de vivir correlaciona con el cumplimiento de la satisfacción de las necesidades. La necesidad humana es imposible contener, porque los deseos son ilimitados, sobre pasando los medios.

2.2.3.5 Cómo se interroga sobre ideas suicidas.

La idea suicida presenta pensamientos que expresan deseos de terminar con su vida. Puede haber idea suicida sin acción, se expresa deseos de matarse sin saber como. Existe la idea suicida con método específico expresa deseos de morir con varios métodos sin

decidirse por uno en concreto. La idea suicida con método específico pero no planificado, no ha considerado cuando hacerlo.

La idea suicida con método específico y planificado, es un plan estructurado, el suicida expresan deseos, decidió el método específico, el lugar determinado y las precauciones para lograr su propósito. Son estos los que consuman sus deseos de muerte.

Otras manifestaciones no verbales del sujeto con ideas suicidas, son las que se hacen manifestaciones que hacen intuir las ideas de suicidio, al remitir la angustia, los períodos de calma, son signos peligro, pues se ha tomado la decisión de morir.

La identificación con un suicida. La actitud ante preguntas como ha pensado suicidarse, destaca el llanto sin pronunciar palabra, bajar la cabeza y mirar al suelo, hacer silencio repentino, fruncir el ceño, mostrarse intranquilo o angustiado. La angustia, miedo, intranquilidad, zozobra, son la expresión de una idea suicida. Los cambios bruscos del comportamiento y sus desajustes a la hora de la adaptación social.

Intento suicida por venganza o chantaje, que buscan castigar a los que considera culpables de su situación. Intento suicida por miedo, buscan evitar una situación muy temida. Hay temores distintos, como son guerras, las epidemias, las catástrofes. También están las fobias, que limitan al ser humano desando acabar con sus temores y optando por el suicidio.

2.3. Homicidio.

El homicidio delito que consiste en matar a otra persona. Conducta antijurídica que atenta contra el bien jurídico máspreciado del hombre que es el de la vida. El crimen por dar muerte a una persona viola la ley moral. Es un acto que representa graves consecuencias para el criminal como para la víctima.

La Psicología Forense y la Psicología Jurídica son ciencias que estudian entre otros fenómenos, los delitos, al delincuente; según los conocimientos de un conjunto de ciencias multidisciplinares como: la Medicina, la psicología, la sociología, las estadísticas, las experiencias y la tecnología.

El crimen es una reacción consciente, inconsciente o simbólica motivada. En determinadas circunstancias el ser humano pierde el control y comete un delito. El hombre puede controlar sus impulsos, sin embargo, ese mecanismo inhibitor en ocasiones no funciona generando una gran impulsividad que impide reflexionar.

Para la Psicología el criminal tiene algún tipo de trastorno mental. Son personas que han sufrido experiencias traumáticas que distorsionan su proceso de pensamiento y su conducta. El criminal puede razonar con lógica, como los psicópatas, pero su pensamiento parte de premisas falsas. Ve el mundo difiere y no acepta las reglas sociales. No tienen sentimientos de culpabilidad, se comportan de forma normal hasta que delinquen.

Las investigaciones con personas antisociales revelan tendencias conductuales diferentes según los trastornos de la personalidad. Los trastornos que afectan a la moral manifiestan anomalías del comportamiento en el ámbito sexual, como el incesto, la pedofilia, el fetichismo, el sadismo, el exhibicionismo, etc.

Hay homicidios inconscientes. Como los de los casos de asesinatos durante estados de confusión o amnésicos, demenciales o confusos, falta de inteligencia. El homicidio delirante, que dependiendo de sus ideas, celotipias. Asesinen bajo el irresistible impulso de su delirio. El homicidio puede ser derivado de una obsesión, o en los psicópatas que desde el punto de vista legal no son patológicos y por tanto son punibles.

2.3.1. Homicidio y asesinato.

El homicidio se diferencia del asesinato por la alevosía, el ensañamiento y el tipo de arma empleada. El asesinato busca recompensa o promesa de obtener un beneficio. Un homicidio se puede justificar legalmente si se produce sin responsabilidad penal, como la legítima defensa, por necesidad, cumplir órdenes de sus superiores.

Asesinato. Es un homicidio que se clasifica como delito contra la vida humana, consiste en matar a una persona con alevosía, recompensa y ensañamiento.

Diferencia entre homicidio y asesinato. El homicidio únicamente acaba con la vida de una persona, el asesinato no es un simple homicidio agravado posee un propósito criminal con malicia y peligrosidad.

2.3.2. Clasificaciones generales.

El homicidio tiene tres clasificaciones:

- Homicidio doloso o intención de matar a la víctima. El agresor quiere y entiende las consecuencias del delito.

- Homicidio involuntario o negligente reconoce la posibilidad de matar pero cree que puede evitarlo, pero se produce. Es delito por que debe abstenerse de delinquir.

- Homicidio por desbordamiento de intenciones, quiso solo dañar, pero mato. Punto intermedio entre dolo por la acción y culpa por el resultado.

Cuando se habla de homicidio hay que diferenciar la conducta, sujeto y tipo de homicidio. Homicidio como conducta, son los movimientos necesarios para producir la muerte o la conducta de omisión u omisión impropia, dejar de hacer y por ello se produce la muerte. Homicidio por tipo de sujetos: En función de la víctima nos encontramos con feminicidios, fraticidios, genocidios, infanticidio, suicidio.

2.3.2.1. Regulación en España.

El homicidio, en el Código Penal español del año 1995, es un delito que atenta contra la vida humana. Regulado en el artículo 138: "El que matare a otro será castigado, como reo de homicidio, con la pena de prisión de diez a quince años".

El asesinato se encuentra en el artículo 139 del C. Penal: "Del homicidio y sus

formas". Sus requisitos son los siguientes: Alevosía, precio o recompensa y ensañamiento.

2.3.2.2. *Violencia ley y psicopatología.*

La diferencia entre el acto antisocial y la conducta psicopatológica es difícil de precisar. El primer problema, La tendencia psiquiátrica de la violencia social o la visión criminal de los enfermos mentales. Entre otros problemas nos encontramos con el ingreso hospitalario involuntario, o ingreso de algunos pacientes al sistema carcelario, lo cual no ayuda a remitir las conductas inadaptadas.

En España, la reforma del Código Penal, dio nueva redacción regulando las eximentes completas e incompletas de enajenación mental, introduciendo la aplicación de medidas de seguridad pos delictuales alternativas al internamiento psiquiátrico.

Para valorar la aplicación de las leyes es de utilidad el estudio de factores favorecedores de violencia. Es importante diferenciar entre violencia transitoria y persistente. Los estudios indican que la violencia persistente correlaciona positivamente con el deterioro neurológico.

Otro factor de violencia es la relación afectiva, la dependencia económica, el aislamiento social, la baja autoestima, y los trastornos de personalidad. También es importante la asociación positiva entre enfermos violentos y antecedentes familiares de violencia.

2.3.3. Imputabilidad y responsabilidad penal.

Clásicamente Calabuig (1998) conceptualiza la imputabilidad como un conjunto de condiciones psicobiológicas de los individuos necesarias por la jurisdicción legal vigentes para que la acción se comprenda como causada psíquicamente y éticamente. Calabuig,(1998) define como condiciones de imputabilidad: La mínima madurez fisiológica y psíquica, la voluntariedad y la libertad.

Las condiciones se integran en dos: Que cuando se ejecuta el delito la persona posea plena inteligencia y discernimiento de sus actos, y que tenga voluntad, facultad de escoger. La inteligencia y la voluntad son las bases psicológicas de la imputabilidad penal. Si estas están abolidas, gravemente perturbadas, la imputabilidad no existe.

La psiquiatría legal defendió que un trastorno mental tenía afectadas estas funciones psicológicas, y bastaba este diagnóstico para declarar la no imputabilidad del sujeto. La imputabilidad debe de ir acompañada de responsabilidad y de culpabilidad.

La responsabilidad penal se define es la obligación de reparar y satisfacer la pérdida causada, el mal inferido. Por otra parte, la culpabilidad surge la imposición de una pena judicial. La imputabilidad es la aptitud para responder de los actos que realiza. Es decir, la responsabilidad penal es un concepto jurídico y moral, pero no psiquiátrico. Por ello nadie puede ser castigado si no es capaz de responder de sus actos, habrá que decidirse previamente su responsabilidad. Desde la Psicología se da un valor fundamental a la responsabilidad que dificulta la imputación de incapacidad por las diferencias entre los

planteamientos jurídicos y médicos.

En España, la inimputabilidad se establece, en función del tipo de enfermedad que padece el sujeto, independientemente del delito, de modo que, todos sus actos son calificados por peritos y tribunal como enajenados.

En el Tribunal Supremo español ha adoptando el sistema mixto por tanto la existencia de enfermedad es condición necesaria, pero no suficiente. Lo que hace más difícil el diagnóstico de inimputabilidad y planteando nuevos problemas a la hora de enfrentarse con un enfermo que ha cometido un delito.

Al Derecho Penal, no le interesa el diagnóstico en sí, sino los efectos psicológicos que esta enfermedad produce en el sujeto con relación a los hechos delictivos. Porque a partir de estos efectos se puede valorar la responsabilidad delictiva (Bhar, Beck, y Butler, 2012).

El mito de la peligrosidad. Si se combinan los trabajos de distintas ciencias multidisciplinares sobre la peligrosidad, se constata que de cada 3 a 4 individuos considerados muy peligrosos sólo uno comete un delito violento, aquí el dilema ético que se plantea es cuántos individuos no peligrosos son encerrados de forma innecesaria durante largo tiempo.

No existen datos científicos que indiquen que el enfermo mental sea más peligroso, que los individuos no enfermos. Castilla del Pino (1998) describe la peligrosidad como mito social, donde el enfermo mental arrastra de los antecedentes de la psiquiatría un concepto jurídico, del que debe abstenerse de hacer juicios pronósticos que no sean científicamente avalados.

La APA. en 1974, dice que “la peligrosidad no es un diagnóstico psiquiátrico ni médico, sino comprende cuestiones de definición y de juicio Jurídico, así como de política social y en España, por ejemplo, la Ley de vagos y maleantes, sustituida luego por la citada de peligrosidad social. No se ha establecido una competencia científica de la psiquiatría en la predicción de peligrosidad, por lo que los médicos deben renunciar a juicios concluyentes sobre este campo”.

2.3.4. Predictores delictivos en Psicología.

La Psicología aplicada a la criminología estudia los factores individuales, sociales, biológicos y familiares que llevan a una persona a convertirse en delincuente. Es la ciencia que se ocupa de explicar el delito y las medidas para su control (Garrido y López, 2006).

Comprender el delito y sus causas es complejo, se requiere de un estudio multidisciplinar si queremos comprender la conducta delictiva y como se desarrollan podemos tener en cuenta estudios como el del Inventario de Comportamiento Antisocial (Espinosa y Clemente, 2011).

Feinstein, Humphreys, Bovin, Marx, y Resick (2011) describen los efectos del estrés postraumático de las víctimas y las posteriores constataciones a través de la Autopsia Psicológica.

La predicción delictiva a través de la Psicología Jurídica se desarrolla por los conocimientos que atienden al delito, al hecho criminal y a tratar de prevenirlo, mientras que

la Psicología Legal o jurídica desarrolla su predicción refiriéndose al conjunto de conocimientos psicológicos conducentes a generar nuevas leyes y a la comprensión de la reacción social a estas (McCann, 1992).

2.3.4.1. Conducta antisocial y delictiva.

Los actos delictivos son un componente de la conducta antisocial que abarca conductas, tales como peleas, hurtos, vandalismos, piromanía, absentismo escolar, huidas de casa o mentiras (Baca y Cabanas, 2003).

Los problemas de conducta, denotan conductas antisociales que hacen referencia a la violación de las reglas y expectativas sociales. Tales conductas antisociales pueden darse en el transcurso del desarrollo normal del individuo sin por ello tener que definirlo como delincuente (Garrido, 2005).

Identificar la conducta prosocial. Varios estudios han examinado el origen de conductas antisociales y sus patrones, y los resultados indican que las conductas antisociales son comunes en algunas fases del desarrollo. La mayoría de los niños de una edad poseen conductas agresivas que disminuyen a lo largo del desarrollo.

Por otra parte la frecuencia e intensidad de las conductas, la cronicidad de las acciones ayudan a definir la conducta antisocial junto a la desviación respecto a las normas. Los niños con problemas de conducta graves no tienen porque convertirse en adultos antisociales, pero en su gran mayoría llegan a la vida adulta con graves problemas.

2.3.4.2 La delincuencia violenta.

Para definir la violencia criminal podemos referirnos a aquellos actos que hacen un uso ilegítimo de la fuerza y que de forma intencional amenazan, dañan física, social o psicológicamente a otras personas.

La violencia que surge en las interacciones entre dos o más personas varía según sus características personales y ambientales. Los antecedentes del acto violento, se producen en el ambiente físico y social del individuo, la disponibilidad de armas, alcohol y/o drogas, afectan en mayor medida en el desarrollo de conductas agresivas.

El consumo abusivo de sustancias es predictivo de actos criminales, violentos; no obstante, las investigaciones muestran que la delincuencia y el consumo de drogas forman parte de un complejo grupo de factores como las características personales y sociales del individuo, la economía, el nivel educativo y la falta de valores...

El alcohol correlaciona positivamente con la violencia y por tanto con la comisión del crimen, pero se debe tener en cuenta las características del sujeto que consume alcohol, los efectos psicológicos y las causas del consumo, pues la conducta varía según el contexto.

Sólo un pequeño porcentaje de alcohólicos son delincuentes y que no todos son criminales violentos. Una de las evidencias empíricas, es la existencia de problemas de toxicomanías y alcoholismo en la violencia doméstica.

Según Tena (1985), el consumo de drogas y el crimen poseen estilos de vida

interrelacionada y la conexión droga - crimen cae dentro de los estilos de vida desviados. Algunos estudios indican que la delincuencia generalmente precede al consumo de drogas y por otra parte los delincuentes adictos comienza delinquen antes de consumir drogas. También muchos drogadictos delinquen por la necesidad de consumir.

Goldstein y cols. (1991) hacen una clasificación tres causas posibles entre droga y violencia: La psicofarmacológica, económicamente compulsiva y sistemática. El modelo psicofarmacológico es el resultado de la ingestión de sustancias, se convierten en excitables y/o irracionales y actúan violentamente. El modelo económicamente compulsivo describe como se cometen crímenes económicos tales como prostitución, venta de drogas o el robo para poder comprar drogas. El modelo sistemático derivado de la interacción entre los sistemas de tráfico de drogas, consumo y distribución. Por tanto la adicción aunque pueda ser un factor de riesgo de conducta criminal, no es suficiente para explicar el crimen violento.

2.3.5 Definición del perfil criminal.

Siguiendo a Garrido y cols. (2001), el perfil criminológico es una estimación de las características biográficas y del estilo de vida del criminal no identificado. El objetivo de este perfil ver las características del agresor y centrar la investigación. Es importante en el estudio de crímenes violentos o seriales o con posibilidad de que se vuelvan a repetir los hechos. Basándose en el estudio de la huella psicológica que el asesino deja en sus crímenes. Al realizar un perfil se buscan patrones a través del razonamiento analítico y lógico (Ressler 2005).

2.3.5.1. Historia de Psicología y crimen.

La metodología que estudia el crimen desde la Psicología esta basada en la creación de técnicas clasificadoras y de etiquetas del delincuente criminal. Existen diversas teorías psicológicas del crimen, teorías que tratan de explicar la conducta criminal, como se hace con cualquier patología mental.

2.3.5.2. Perfil criminológico.

El perfil criminológico se usa en crímenes importantes como homicidios y violaciones. Cuando el homicidio es perpetrado por un desconocido para la víctima, el perfil ayuda a la investigación. Cuando se quiere relacionar varios homicidios, el perfil del autor de los asesinatos ayuda a determinar si es un asesino en serie o asesinos inconexos.

Para desarrollar un perfil criminal se analiza y evalúa: La escena del crimen, perfil geográfico, modus operandi y firma del asesino.

Según autores como Garrido y cols. (2001) y Ressler (1994) El tipo de conducta criminal busca proteger la identidad del delincuente, consumir con éxito la agresión y facilitar la huida. La firma, explica el motivo del crimen, nos informa de sus necesidades psicológicas. El asesino mantiene su firma no cambia, la ira, venganza, sadismo permanecen.

2.3.6. Predicción del delito.

Los psicólogos buscan dar explicación, prevención y tratamiento de la delincuencia. Una de las investigaciones psicológicas más importantes en los últimos años, es la predicción de la conducta delictiva, a través de hipótesis sobre el comportamiento futuro, basándose en la presencia o ausencia de una serie de factores de riesgo (Wilson, 1989; Hollin, 1989; Blackburn, 1993; Bartol, 1991; Garrido, 1987).

Los factores de riesgo criminal en la investigación de la Psicología son los factores individuales, sociales y/o ambientales que pueden ayudar e incrementar la probabilidad de desarrollar desórdenes emocionales o conductuales (Garrido, 2003).

No se pueden simplificar los factores que causan la conducta antisocial, ya que ésta surge en función de muchas influencias. La complejidad de la conducta humana la influencia de factores biológicos, psicológicos, sociológicos. Y por otra parte la diversidad de conductas antisociales, excluyen explicaciones simples (Labrador y cols., 2004).

Offender profiling. El offender profiling fue creado por el FBI en los años 70 para describir la técnica de describir el comportamiento y las características del autor de un crimen, para estructurar y comprender la personalidad de determinados criminales (Bedú, 1975; Canter, 1994).

La idea de desarrollar este procedimiento es que junto a las pruebas materiales y biológicas empleadas en la resolución de las investigaciones criminales, existen patrones

psicológicos de comportamiento, aunque sean subjetivos por ser a través de testimonios de los testigos (Canter 1994).

La investigación psicológica del delincuente ayuda en base al conocimiento y principios de las ciencias sociales y de la conducta (Holmes, 1989; Ault y Hazelwood, 1987; Gierowski y cols., 1995).

Las hipótesis científicas han demostrado que el perfil de la personalidad criminal parece ser el resultado de una compleja serie de atribuciones a varios niveles, correlaciones y predicciones (Pinizzotto y Finkel, 1990).

Si la ciencia permite conocer la Psicología del homicida, su tendencia criminal y sabe analizar la escena del crimen, podrán identificar las características de este tipo de asesinos (Holmes y cols., 1992; Masip y Garrido, 2001).

2.3.7. Análisis de la conducta criminal.

La personalidad posee características de estabilidad como de cambio, la cuestión es saber cuando se debe esta estable y cuando cambia, y sobre todo, por qué se cambia y por qué se permanece estable (Avía, 1995).

En la investigación criminal buscamos teorías y explicaciones que se acomoden al material que tenemos, las variables predicadas están limitadas a aquellas que son externas al agresor (Canter, 1994).

La investigación psicológica informa de variaciones interindividuales en agresión, pero que el daño una secuencia compleja de interacciones interpersonales mediatizada por

un amplio conjunto de factores (Blackburn, 1986).

Si la violencia, es un tipo de agresión derivada de los intercambios entre individuos (Gustafson, 1995), el delito nos revela el modo en que el delincuente maneja sus relaciones interpersonales.

Cualquier modelo empírico de la conducta delictiva debe explicar las variaciones en el modo de interactuar con la víctima (Canter, 1994).

Los actos de violencia pueden adoptar multitud de formas y de conductas, desde la agresión en la que se inflige más daño del necesario para controlar a la víctima, hasta los que solo amenazan. Estas diferencias nos aportan información sobre la interacción del agresor (Canter, 1989).

La forma de relacionarse la gente con los demás estudiadas por la psicología, pone de manifiesto aspectos relevantes para las características del crimen.

2.3.7.1 Psicología de la investigación criminal.

Cuando hay una relación conocida entre agresor y víctima, o bien existen numerosas pistas que incriminan al perpetrador. Pero son los casos sin conexión aparente víctima-delincuente, perpetrados por extraños, los más relevantes para emplear la Psicología de la investigación criminal (Rossmo, 1994).

Los expertos forenses proporcionan sin duda una información excepcional: qué comió la víctima antes de morir, cuál fue la primera lesión en producirse y cómo, qué prendas podía estar llevando el presunto agresor, y cientos de posibles detalles más (Hazelwood y cols., 1987).

La Psicología Jurídica puede hacer una contribución importante a la investigación criminal cambia la perspectiva legal de la descripción de un delito, por la explicación interna que explica la acción criminal (Snyder, 1995)

Relato jurídico y relato psicológico. El relato jurídico tiene como propósito explicar su participación en el delito. La perspectiva psicológica del relato tiene como misión la búsqueda causal y motivacional de sus actos. El relato judicial es adecuado para emitir una sentencia, pero psicológicamente el delito es el resultado de la historia del sujeto.

La Psicología Jurídica es una ciencia en continuo crecimiento: liga delitos a un delincuente, busca las características de personalidad de los delincuentes, analiza los testimonios de víctimas, agresores y testigos, elaborar informes periciales.

Por lo tanto, cubre un amplio rango de áreas de investigación: diferentes facetas de la conducta criminal, procedimientos de investigación y estudia la evidencia psicológica de las escenas del crimen en los tribunales de justicia. Esta área de investigación aun es escasa en el ámbito español.

2.3.8. Muerte por violencia contra la mujer.

El feminicidio se refiere a la muerte de mujeres y engloba también otras conductas, habitualmente no tomadas en cuenta, como la falta de atención médica (Cobo, 1998).

Las mujeres entre los 15 y los 44 años tienen una mayor probabilidad de ser agredidas de una forma u otra por hombres que morir de enfermedades, accidentes o guerras.

Homicidio doméstico. Se centra en similares criterios que la agresión, peligrosidad e historia de agresión. El riesgo de agresión se centra en aquellas personas lesionadas por agresión doméstica y/o en las que existen antecedentes de agresiones anteriores.

La población de riesgo son aquellas mujeres que tengan al menos una agresión, fundamentalmente en la que existe una progresión o incremento de agresiones.

El asesinato de la pareja es el final de un proceso reiterado de malos tratos o de una historia violenta grave, es posible predecir el riesgo de muerte homicida, como el riesgo que poseen algunas mujeres que han sufrido agresiones anteriores por parte de su pareja o expareja.

Mujeres con discapacidad. Existen feminicidios de pareja sobre mujeres con diversidad funcional o de edad avanzada, igual o mayor a 65 años. Estas muertes no se preceden por agresiones anteriores, siendo una muerte silenciosa que aumenta la cifra negra. Son homicidios en parejas de más de 60 años que se caracterizan por ser inesperados socialmente.

Estas muertes tienen una conducta de aceptación de la agresión como inevitable, como una especie de suicidio ampliado. Una explicación indica que el culpable de la muerte de la mujer posiblemente sea la falta de competencias como cuidador final de la pareja.

Agresor con deterioros cognitivos. Homicidios realizadas por hombres seniles a su mujer que actúa como cuidadora única, en parejas de edad de más de 60 años, coincidente con una conducta agresiva poco relevante anteriormente derivada de una patología de disfunción orgánica análoga al del deterioro cognoscitivo senil de origen vascular.

La mujer cuidadora no considera a su pareja capaz de hacerle daño, por su aparente debilidad, porque era, anteriormente a la enfermedad, educado y amable.

2.4. Accidentología y muerte

El Siglo XX destaca como el Siglo de la Tecnología, una era distinta donde el hombre alcanza grandes logros tecnológicos. El esfuerzo humano busca mayor comodidad, rapidez y confort.

Estos avances en industria automotriz, sacan al mercado vehículos no se adecuan a la infraestructura vial o a la legislación y como consecuencia se produce un mayor número de accidentes con sus consecuentes secuelas, muertes y pérdidas materiales.

El índice de mortalidad por accidentes de tráfico es de más de 225 por millón de habitantes mientras que Francia registraba sobre 60, Gran Bretaña alrededor de 60, Estados Unidos menos de 50 y Suecia casi 40 por millón de habitantes.

Los accidentes de tráfico son una de las primeras causas de muerte en menores de 40 años, seguidas en menor cantidad por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Spoerri, Egger, y von Elm, 2011).

2.4.1 Accidentología: etimología y orígenes.

Se denomina Accidentología al estudio de las causas y efectos de los accidentes de Tráfico a través de la investigación forense. Este neologismo fue acuñado, en el año 1940

por los senadores estadounidenses. En 1947 en un seminario médico holandés, donde médicos y juristas de distintas delegaciones europeas y americanas lo volvieron a utilizar para referirse a las consecuencias viales.

Causas del accidente de tráfico. En materia de accidentes de tráfico el medio ambiente, la máquina y el hombre se conjugan en el triángulo accidentológico. Si valoramos los factores que originan los accidentes nos encontramos con:

El hombre o factor humano. El conductor, está inmerso en un mundo de velocidad, angustia y estrés, factores que afectan a la conducción, principalmente en lo relativo a los tiempos de reacción. El tiempo psicofísico es el lapso de tiempo comprendido entre la situación de riesgo y la acción preventiva, a través de maniobras de evasión y/o frenado.

Existen agentes externos que aumentan el tiempo de reacción, que atenúa los reflejos como la depresión, los efectos del alcohol y la distorsión espacio - temporal causada por alucinógenos o estupefacientes.

El aumento de velocidad que nos exigen las actividades cotidianas que reduce la prudencia aumentando, el número de siniestros.

La respuesta humana dependen de tres factores que actúan de forma secuencial y sincronizada: La percepción, la resolución y la acción. En consecuencia, todo tiempo psicofísico de reacción superior a 1 segundo, se considera patológico.

Los factores endógenos y exógenos que influyen sobre el tiempo de reacción, aumenta el riesgo de siniestro como la visión, del sistema nervioso, auditivo y el alcohol, los psicofármacos, y drogas. También las ingestas copiosas, las vigiliadas y la fatiga, como así uso

de auriculares, teléfonos, la calefacción, el fumar, etc.

El factor ambiental. Las condiciones meteorológicas como la lluvia, nieve, hielo, humo y luminosidad pueden influir en facilitar un siniestro, afectando la visibilidad, impidiendo maniobras de evasión o frenado.

El tipo de calzada, su estado de conservación y influyen en la circulación y en los siniestros que se producen.

El factor automotriz. Los frenos desajustados, presiones inadecuadas, la ausencia de dibujo, reduce la calidad del frenado aumentando la posibilidad de siniestros.

2.4.2. El perito en accidentes viales.

Requisitos del perito para esclarecer el siniestro. La determinación del hecho es la forma en que este se produjo el siniestro y los factores que determinan de las responsabilidades respectivas.

Es necesario una inspección del hecho y un estudio de los daños. El análisis de los datos efectuadas por el Perito que permiten elaborar hipótesis del impacto y la existencia de factores exógenos y endógenos desencadenantes de la colisión.

2.4.3 Las lesiones en la circulación.

La Valoración del Daño Corporal, desde algunos sectores, hay una preocupación por

el baremo para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación y su casuística (Smolensky, Di Milia, Ohayon, y Felipe, 2011).

Dentro del ordenamiento jurídico se han hecho unas tablas que recogen secuelas con el fin de que el informe pericial describa dichas secuelas, y describirlas, en coherencia con lo dispuesto en la Ley.

El baremo lesional para la valoración de las lesiones tendría que ser, más amplia, abarcando la diversidad nosológica del hecho dañoso personal. Y, aún así, seguirá siendo insuficiente en no pocos casos.

Respecto a las secuelas, la doctrina jurídica refiere que se debe limitar las secuelas “psíquicas”, “morales”, “estéticas”, indemnizables, y describiendo su alcance, a partir de la cual el juzgador, se forme un criterio jurídico formal.

2.4.3.1. Somatización del impacto.

Conocer las consecuencias lesivas de un accidente de tráfico, y sus secuelas es un problema de diagnóstico, a partir de la referencia sintomática del paciente y sus implicaciones y efectos del accidente de tráfico.

En la lesión ha de ser valorada su repercusión funcional, y no sólo el aspecto estético o daño orgánico. La lesión puede alterar componentes de un sistema funcional. No pueden descartarse lesiones sobreañadidas por el traslado de la víctima sin las adecuadas medidas o por la movilización inadecuada.

2.4.4. Personalidad y conducción.

La personalidad determina la conducta de la conducción. Los rasgos de la personalidad y la predicción del comportamiento están relacionados. Los factores que más influyen en los accidentes son el temperamento, el carácter; la madurez, la impulsividad, el comportamiento arbitrario y la frustración en alguna faceta de su vida familiar, laboral o personal.

Se puede predecir a partir de los rasgos de personalidad, aunque algunos sujetos muestran conductas variables ante situaciones similares.

El estrés y la fatiga en la conducción. El estrés es una de las enfermedades contemporánea que se caracteriza por un conjunto de síntomas de tipo ansioso. El estrés está vinculado a la industria, estimula la competencia y la agresividad; siendo actualmente algo habitual en las personas, y máximo en las grandes ciudades.

Las exigencias del estilo de vida actual crean estrés, sobrepasando los límites desarrollando una situación incompatible con una adaptación al entorno. Los automovilistas urbanos están afectados por el estrés, y máximo si es profesional del volante, pues debe tener un tono constante de actividad, con capacidad de adaptación y una gran resistencia a la frustración.

Los estudios científicos han revelado que las alteraciones psicosomáticas que desencadenan el estrés pueden ser de origen digestivo, cardiovascular, respiratorio y

nervioso.

A través de los estudios actuales se determina que los efectos del estrés en el ámbito de lo psicológico provoca un descenso de la nutrición, aumento de los tiempos de reacción, ansiedad, agresividad y cansancio. Estas alteraciones, incrementar el riesgo de accidentes.

Efectivamente, el estrés disminuye las capacidades perceptibles, atencionales, cognitivas y/o motoras. Las respuestas al estrés crean comportamientos de riesgo: Consumo de alcohol, la utilización de fármacos.

Aspectos motivacionales y emocionales en la conducción. La conducción esta vinculada a las áreas afectivas, emocionales y motivacionales que rigen el comportamiento humano. Durante la conducción además de las habilidades sensoriales, perceptivas y motrices; también influyen los valores, normas, problemas, actitudes, motivos, la experiencia del conductor.

En el proceso de conducción intervienen variables medio ambientales junto a los pensamientos y cogniciones del individuo.

La conducción como un proceso psicosocial. Estos factores, personales y subjetivos, no son independientes de las variables que influyen en los conductores. El conocimiento de los factores comportamentales del hombre ante la interacción social, que se produce en la conducción, ayudaría a disminuir los siniestros de tráfico.

VARIABLES CONTEXTUALES DE CARÁCTER GENERAL. Las condiciones físicas de la vía, velocidad y densidad del tráfico, tipo y condiciones del vehículo, hora del día, tiempo atmosférico y las condiciones no físicas como la familiaridad del recorrido, presencia y

conducta de los pasajeros, otros conductores, peatones, etc. O las normas culturales y sociales, consumo de alcohol...Afectan a la conducción.

Conductas de conducción. Las conductas físicas: tasa cardíaca, respuesta psicogálvanica, presión sanguínea, movimientos oculares, o la dilatación pupilar. Las conductas comportamentales como la detención de señales, tiempo de reacción, habilidad. Las conductas Psicología como respuestas efectivas, cortesía, aceptación de riesgos, las infracciones de tráfico.

En diversas situaciones la actuación de una persona se ve afectada por la presencia de otras personas. En la conducción hay tres modelos de conducta social:

1. La Presencia de otras personas afecta al conductor y su impulsividad, así como su actuación.
2. La conducta de otras personas es clave en la tarea de conducción.
3. La conducta de otras personas refuerza su conducta, moldeándola de diversas formas.

Factores psicológicos que hacen insegura la conducción. Williamson, Lombardi, Folkard, Stutts, Courtney, y Connor (2011) Describen las causas psicológicas que correlacionan positivamente con los accidentes son la inseguridad en la conducción y la fatiga. Aún así existen otros factores psicológicos a destacar como la conducción irresponsable, agresiva, descortés, Posición incorrecta, Conducción entorpecedora, autosuficiente, descuidada.

Las variables psicológicas que más influyen en los accidentes son:

-
- Objetivos: Viajar rápido o de forma irresponsable.
 - Emociones: La irritación, humillación ante otros conductores.
 - Comportamiento: Valores e ideas.
 - Exhibicionismo: Necesidad de mostrar su habilidad, con velocidades, aceleraciones y adelantamientos.
 - Hedonismo: La excitación del riesgo.
 - Búsqueda de emociones: Experimentar peligro.

2.4.5 Accidente e incidente de trabajo.

EL concepto de accidente de trabajo es variable en función del desarrollo tecnológico. Heinrich (1959), describe el accidente laboral como “un evento no planeado ni controlado, en el cual la acción, reacción de un objeto, sustancia, persona o radiación, resulta en lesión o probabilidad de lesión”.

Algunos autores diferencian accidente de lesión, valorándolo como una secuencia no planeada ni buscada que interfiere o interrumpe la actividad laboral. Otra definición de accidente sería “Transferencia indeseada de energía o una interferencia a una transferencia deseada, debido a la falta de controles que producen lesiones. Producidos por condiciones inseguras de la actividad.

Schneider., Grebner, Schnabel, Hampel, Georgi, y Seidler (2011). Describen el

impacto de la situación laboral y algunos factores relacionados con el trabajo como consecuencia de suicidio consumado.

Estadísticamente un incidente es un accidente que no causa lesiones ni daños a bienes ni a procesos. Posee un potencial de lesión que no se produce por casualidad, Pero a mayor número de incidentes habrá una mayor proporción de accidentes (Kaplan y Tetrick, 2011).

2.4.5.1. Origen de un accidente.

Existen varias teorías acerca del origen de los accidentes: La teoría Secuencial o de Heinrich esta teoría se basa en la secuencia de hechos intervinientes que al caer una caen todas las demás herencia y medio, accidente, lesión. La teoría Multifactorial describe la existencia simultánea de todos los factores anteriormente estudiados, afectan al accidente. Y la teoría Probabilística los accidentes se distribuyen al azar en el tiempo de acuerdo a la ley de Poisson.

Causas de los accidentes. Incluye los factores técnicos derivados del material que se utiliza y factores humanos, personalidad, fatiga, estrés, concentración, incapacidad, edad, consumo de sustancias, etc.

La Organización Internacional del Trabajo describe cuatro factores para evaluar los accidentes laborales como la forma del accidente, el agente material es aquel que produce, la naturaleza de la lesión y la parte del cuerpo fue lesionada.

2.4.5.2 Condición insegura.

Condiciones laborales que no poseen normas de seguridad y por lo que presentan riesgo de accidentes como pisos resbaladizos, iluminación deficiente, alta temperatura, sobrecarga de horas de trabajo, falta de capacitación, la falta de uso de los materiales de protección, etc.

La causa que establece contacto entre la persona accidentada y el objeto que lo ocasiona. Acto Inseguro no cumplir los procedimientos reglados, utilizar material inseguro, distracciones o no utilizar los materiales de protección personal.

Factor Humano es la característica mental o física que tienen una predisposición al accidente, ya sea por personalidad con tendencia a tener accidentes, como por actitudes impropias, nerviosismo, falta de conocimiento, defectos físicos en la visión, audición, fatiga, estrés, etc. En un accidente, entran en relación tres factores: el acto inseguro, la condición física y mecánica defectuosa, y el factor humano que determinarán el tipo de lesión.

2.5. Pericia Psicológica

Un proceso judicial sin pruebas es insuficiente, los hechos son necesario demostrarlos, aunque exista seguridad de la victimización de alguien, no es suficiente para evidenciar el delito (Calcedo Ordóñez, 1982).

El peritaje debe ser imparcial, al margen de creencias o actitudes personales del perito; El procedimiento para descubrir la verdad y colaborar con la justicia y favorecer a la víctima, o a quien sea inculcando injustamente. Estos elementos buscan establecer la verdad y hacer justicia (Sampedro, 2.001).

El peritaje psicológico es un procedimiento para auxiliar a las víctimas (Beristain, 2.001) y también prestar auxilio a la justicia; puede ser realizado desde el ámbito oficial y privado, es necesario incrementar las disciplinas el uso de este medio probatorio.

Los casos en los que resulta evidente y relevante esta intervención profesional, como los niños abusados que no presentan evidencia física del delito, es destacable el testimonio del niño y el dictamen de la credibilidad de su relato.

Todos estos conocimientos pueden asesorar decisiones judiciales en casos de abuso sexual infantil si se recurre a ellos (Cantón y Cortés, 2003).

Otra circunstancia donde se desarrolla el peritaje psicológico es la presencia de lesiones cerebrales, dado que hay que establecer el diagnóstico, el pronóstico, la etiología

además de la forma de abordarlo desde el ámbito médico-legal de estas patologías (Sierra, Jiménez y Bunce, 2.001).

Ávila (1986) el peritaje psicológico ayuda a establecer las perturbaciones psicológicas posteriores a situaciones violentas.

La violencia intrafamiliar como la violencia conyugal, maltrato infantil es denunciado y no existen evidencias médico-legales, entonces se recurre a la evaluación psicológica para analizar el perfil de las víctimas (Echeburúa y Corral, 2002). En estos casos es probable que la víctima presente estrés postraumático y tenga índices de ansiedad y depresión, además de baja de autoestima. Con el peritaje se dictamina la violencia intrafamiliar y aportar las medidas de protección legales para las víctimas informadas en el documento pericial del psicólogo forense.

Según los criterios de Hare (1999) a través del PCL-R. Si se confirma el diagnóstico de psicopatía se debe informar pues no tiene correlación con la inimputabilidad.

La pericia Psicológica se interesa por víctimas de delitos, en procesos de internamiento o incapacidad. La pericia forense además del ámbito penal puede actuar en el Derecho Civil, el de Familia, el Administrativo, el Militar, etc.

2.5.1. ¿Qué es la pericia psicológica?

El peritaje psicológico es una opinión objetiva e imparcial del especialista o técnico que, usando los conocimientos y herramientas científicas de los psicólogos, desarrolla un

documento donde se expresa los resultados de la evaluación de los hechos o de la naturaleza del mismo (Arce y Fariña, 1994).

Su importancia radica, en los resultados de su investigación de forma objetiva y clara. El estudio de la conducta humana se difícil, pues se busca hacer un diagnóstico, de su personalidad, su conducta, estilos de respuesta.

El Psicólogo aportar los resultados de las valoraciones desarrolladas a través de los test o instrumentos de evaluación científica que describen objetivamente el perfil del sujeto a estudiar.

La pericia debe desarrollarse a través de un técnico imparcial. A través de una metodología deductiva, controlando las variables que puedan contaminar la investigación.

Los instrumentos científicos son una serie de técnicas de evaluación psicológica que tras la investigación se han adaptado y baremado a la población para las que se han diseñado.

La justicia se guía por documentos fidedignos y testimoniales, los test, que son pruebas científicas que dan validez al informe pericial.

2.5.1.1. Características.

El objetivo es ayudar al juez a tomar una decisión. Se solicita para “mejor proveer” del Juez. En el informe el perito debe explicar al Juez, en la materia en la que este es experto. El perito es importante ante el Juez pues la información objetiva e imparcial suele

ser decisiva pero no vinculante para la sentencia. Las conclusiones de la pericia son probabilísticas informando sobre los resultados obtenidos en el estudio del caso. Ajustándose a las consultas realizadas por el juez.

La pericia debe evitar lo superfluo, centrarse en lo concreto, debe entenderse por la sala a través de un lenguaje claro. Siendo claro, preciso y objetivo en el desarrollo del trabajo. Este informe es un documento público utilizado por cualquiera de las partes implicadas, restringiendo al motivo solicitado, debe poder de ser replicado y contrastado a través de presentar la metodología adecuada para la pericia.

2.5.1.2 Fases.

Proceso seguido desde el nombramiento del perito hasta la emisión del informe:

- Nombramiento del perito, donde se informa de los hechos, y se establece la fecha de la vista, y a lo que debe responder con su pericia.

- Aceptar e iniciar su trabajo. En el ámbito privado la propuesta debe ser aceptada por ambas partes.

- Estudiar el Expediente

- Citación de las personas

- Exploración psicológica y ámbitos de exploración.

- Metodología desarrollada en el informe, como las técnicas diagnosticas empleadas.

- Conclusiones del informe.

- Nota aclaratoria final.

2.5.1.3. Áreas de pericia.

Áreas de intervención.

La asistencia técnica en la Justicia se desarrolla a través de los informes periciales. Por ello la intervención de psicólogo jurídico es el peritaje psicológico en todos los ámbitos del derecho.

DERECHO DE FAMILIA: Guarda y custodia y régimen de visitas; Dispensa matrimonial por edad; Nulidad civil del matrimonio; Privación de patria potestad; Valoración del testimonio de menores por abusos sexuales.

DERECHO CIVIL: Derecho de sucesiones y últimas voluntades; Derecho de obligaciones: diagnóstico de simulación, miedo, etc.; Cambio de sexo; Secuelas y lesiones psíquicas de accidentes.

DERECHO LABORAL: Secuelas y lesiones psíquicas en accidentes laborales; Incapacidad laboral con etiología psíquica, simulación.

DERECHO PENAL: Prodigalidad y ludopatía; Secuelas psíquicas en víctimas; Inimputabilidad.

OTRAS ÁREAS: Evaluación del maltrato doméstico; Técnicas para la formación de

abogados; Mediación en procesos de separación; Intervención con niños de padres separados o divorciados.

2.5.2 La evaluación Psicológica Forense.

La información es esencial para la pericia ya que es la base para la toma de decisiones judiciales en un caso específico. A nivel jurídico, no es fácil obtener información pues los implicados están afectados a nivel emocional, y cognitiva.

Las estrategias deben aportar datos psicológicos relevantes. En estos casos aún actuando sinceramente, no se obtiene la información real. Existen casos en el que el demandante de la pericia puede estar entrenado para contestar y comportarse ante las pruebas que le administre el psicólogo.

La pericia psicológica pueda recabar información diferente de la que nos puedan aportar las pruebas psicológicas llamada extra-test.

Información extra-test. Se utilizan tres tipos de fuentes extra-test para obtener datos: Procedentes del sumario o autos, Otros informes que podamos solicitar, hechos biográficos o historias personales que se encuentran en el sumario.

Informes Policiales de denuncias, informes médicos para las lesiones, informes psicológicos o neurológicos donde se describe la causa y el diagnóstico. En los informes penitenciarios para valorar el comportamiento institucional, los delitos cometidos.

Técnicas de evaluación psicológicas. Consisten en test científicamente aceptados que

buscan información sobre el comportamiento, con el objetivo de describir, predecir y explicar la conducta. Características técnicas son los procesos de evaluación deben presentar tres tipos de características que les hacen ser: fiables, válidas y científicamente analizadas.

2.6. Autopsia Psicológica.

Una autopsia, también llamada examen post-mortem, consiste en un examen de un cadáver para determinar el tipo de muerte. Existen dos tipos de autopsias la forense que es realizada por razones médicas-legales y la autopsia clínica que se realiza para determinar la causa de la muerte. Otros tipos de autopsia, la psicológica que es la reconstrucción de la personalidad, conducta y ambiente del fallecido. Esta Autopsia Psicológica se desarrolla a través de la información recogida en las entrevistas a allegados y el estudio de documentos (Robins y cols., 1959).

También se habla de la autopsia histórica que se basa en la investigación de las causas y las circunstancias de una muerte de interés histórico, a través de la información que se obtiene de documentos y testimonios. (Rodríguez y hinojal, 1985).

Se acuña el término de Autopsia Psicológica en los años cincuenta en California cuando se busca comprender las circunstancias que rodean la muerte, investigando de forma retrospectiva su personalidad y estilo de vida (Jiménez y cols., 1997).

Se establecen las características del método en las ciencias forenses, siendo importante su aplicación en programas de promoción de la salud y prevención de suicidio, homicidio o accidentes. Se han desarrollado más de 20 investigaciones sobre Autopsia Psicológica en varios países con distintas culturas como Estados Unidos, Europa, Australia, Israel e India.

Etimológica la Autopsia Psicológica resulta contradictoria. Por un lado se habla del examen del cadáver para valorar las causas de la muerte. Por otro, la Psicología define la conducta y la psiquis. La Autopsia Psicológica en esencia es la reconstrucción de la vida para comprender su perfil psicológico y las circunstancias de su muerte, que explicasen las acciones vitales significativas. El método de la autopsia en psicología, se desarrolla a través del análisis de la etiología de la muerte. En las muertes violentas, es la forma y circunstancias de la muerte que describen el homicidio, suicidio o accidente. La Autopsia Psicológica nació para esclarecer los casos en los que la muerte resulta dudosa.

A lo largo del proceso de la Autopsia Psicológica se identifican familiares y allegados con trastornos del estado de ánimo y/o intención suicida y remitirlos a tratamiento. Hasta el momento los protocolos de Autopsia Psicológica se han centrado en el estudio de suicidios; algunos, en menor proporción para aplicación en homicidios. La metodología desarrollada en distintos modelos de Autopsia Psicológica se basa en preguntas diseñadas para el caso. Y en otros utilizan entrevistas estructuradas y dirigida a evaluar puntos específicos, siendo conscientes que el informante es una tercera persona.

Hay que tener en cuenta que la Autopsia Psicológica debe tener información adicional historias clínicas de la víctima, sumario judicial, grabaciones, notas suicidas o cartas de la víctima antes de su muerte. La conclusión de los resultados de Autopsia Psicológica deben expresarse en términos de probabilidad. Este procedimiento no determina con exactitud si la muerte fue suicidio, homicidio o accidente.

El protocolo de la entrevista debe contener los datos socio biográficos, revisión de los hechos. Se reconstruye la vida del occiso, atendiendo a las circunstancias sociales,

familiares, laborales y vitales críticas.

2.6.1. La historia de la Autopsia Psicológica.

Las primeras referencias a la Autopsia Psicológica son de 1958, se han realizado investigaciones con distintos objetivos, todavía no hay un consenso sobre la validez de esta técnica ni sobre su estandarización.

En Estados Unidos se ha utilizado la Autopsia Psicológica en investigaciones, tanto de suicidios (Brent, y cols. 1988), (Litman, Curphey, Schneidman, Faberow, y Tabachnick, 1963), como en otras formas de violencia.

La Autopsia Psicológica ha sido también utilizada también en la criminología legal y forense, en el ámbito penal y civil, por investigadores como técnica pericial en muertes traumáticas, para determinar si la causa de esta muerte ha sido homicidio, suicido o simple accidente, en Estados Unidos ciertos autores distinguen entre la Autopsia Psicológica y la técnica del "Análisis inequívoca de la muerte" en esta última las investigaciones comienzan desde la escena del crimen (Poythress, y colb, 1993).

(Litman, 1989) es el pionero de la Autopsia Psicológica como técnica pericial, para aclarar el fallecimiento en casos de muerte violenta equívocos. La Autopsia Psicológica es un método retrospectivo e indirecto de la personalidad y de las condiciones vitales del individuo, con el objeto de comprender su muerte (Litman, 1989; citado en Jiménez, 2001). Ha sido utilizada como instrumento para informar sobre las circunstancias de la muerte en suicidios. De hecho, entre las principales aportaciones a este estudio de la personalidad

del occiso están las de Lucero, Díaz y Villalba, (2003) y Jiménez, (2001), que identifican como rasgos de personalidad suicida los de tipo límite y narcisista, junto a la depresión como psicopatología frecuente.

La Autopsia Psicológica fue criticada por su falta de fiabilidad y validez, especialmente tras la investigación desarrollada en 1989 sobre la explosión del buque militar norteamericano, que fallecieron 47 marineros, tras la Autopsia Psicológica elaborada por el FBI determinó que uno de los fallecidos había saboteado el barco con el objeto de suicidarse, provocando la explosión del buque.

Una investigación posterior comprobó que la explosión había sido un accidente. Como consecuencia la American Psychological Association (APA), encargó a 12 psicólogos una revisión sobre la Autopsia Psicológica y otros métodos retrospectivos de evaluación psicológica, con resultados muy críticos respecto a su validez y fiabilidad (Poythress, y cols, 1993).

2.6.2 Definir la Autopsia Psicológica.

Lucero y cols. (2003) describe la Autopsia Psicológica como el método científico que reconstruye la muerte por suicidio a través de la entrevista con los sobrevivientes, entendiendo por sobrevivientes a los allegados del suicida.

(García, 1999) define la Autopsia Psicológica como la exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y de la vida de una persona fallecida. Esta definición, es la que más resalta, todo tipo de muerte sin límite en la aplicación del método.

Otra definición (Proença, 2001) valora la Autopsia Psicológica como una reconstrucción retrospectiva de la historia de la vida del muerto, donde hay que estudiar los detalles físicos, psicológicos y ambientales para determinar la forma de la muerte y la influencia de la víctima en su propia muerte.

Por todo ello, vamos a destacar los aspectos comunes de las definiciones de la Autopsia Psicológica: La retrospectiva en la recogida de información; El desarrollo indirecto del método y como objetivo común, establecer estado psíquico, personalidad, motivaciones, ambiente anterior a su muerte.

2.6.3. Modelos de Autopsia Psicológica.

A nivel general la mayor parte de los modelos de han desarrollado a través de entrevistas Autopsia Psicológica la participación en la investigación de los familiares que sufren el duelo aportan datos cualitativamente significativos en los casos de suicidio (Dyregrov, Dieserud, Hjelmeland, Straiton, Rasmussen, Knizek, y Leenaars, 2011).

Por otra parte en la obra de Thompson, Bernardo, Cruz, Ketchum, y Michalek (2012). Se pone de manifiesto que en los casos en que existe acuerdo entre los síntomas de los sujetos con enfermedad mental grave y la percepción de esta vista por sus familiares, sería relevante desarrollar de la autopsia post mortem psicológica.

Modelos. El más utilizado el de García (2000), denominado Modelo de Autopsia Psicológica Integrado (MAPI), para el estudio de víctimas de suicidio, homicidio y

accidente. Este es un método estructurado y sistematizado, a través de un cuestionario de respuesta cerrada que disminuye los sesgos y la subjetividad. El MAPI se extendió a México, Chile, Honduras y Costa Rica, áreas de cultura similar, adaptándolo a las circunstancias y necesidades propias del lugar en el que se aplique.

Otro modelo de Autopsia Psicológica, se empleó en los cuerpos de defensa norteamericana, también para la investigación de suicidios (Department of the Army, 1988) en población militar para obtener datos para elaborar de planes preventivos.

Desarrollo de la técnica. Algunos autores valoran la Autopsia Psicológica como una técnica de difícil aplicación. Nosotros, Es una herramienta multidisciplinar que necesita una especial atención, sin límite de dedicación y experiencia. La Autopsia Psicológica comienza cuando no se ha podido determinar la causa de la muerte. Se utilizan cuestionarios cerrados para evitar sesgos, además de técnicas de entrevista cognitiva para los sujetos afectadas con problemas de memoria.

La Autopsia Psicológica es una herramienta multidisciplinar que utiliza las técnicas forenses en especial de la Psicología Forense, creando un gran impulsó a los conocimientos aplicados al campo jurídico, penal, civil o social, estudiando el comportamiento en hechos del ámbito judicial (Ibáñez y González, 2002).

Estos estudios psicológicos fueron definidos por Godwin (2001) como examen sistemático de conductas delictivas sin resolver. Dentro de las técnicas las más utilizadas es la elaboración de perfiles criminales, entrevista cognitiva, intervención en crisis, negociaciones en casos con rehenes, y la Autopsia Psicológica.

Uno de los enfoques empleados en la Autopsia Psicológica con familiares, conocidos y amigos es a través de entrevistas de doble estructura, un cuestionario de preguntas cerradas para datos concretos, y por otra, la Entrevista Cognitiva (Geiselman y cols., 1985)

Con este modelo, afloran recuerdos y se reduce la ansiedad, se desarrolla un modelo que los expertos usan para aplicar la Autopsia Psicológica (González, 1988; Ibáñez y González, 2002)

Un segundo modelo usa las técnicas de la Psicología Jurídica propias de la investigación criminal. Se establecen categorías de información a obtener, en los casos dudosos, familiares y allegados al fallecido.

Shneidman (1994) describe 16 categorías: Identificación completa del fallecido, informes policiales respecto a los detalles de la muerte, historial de enfermedades, intentos de suicidio, etc.

Young (1992), aumenta a 26 categorías de información incluyendo notas de suicidio, comportamientos antes de la muerte, historia psicológica, reconstrucción de los acontecimientos, familiaridad del occiso con el métodos de la muerte, etc.

El instrumento más utilizado es el Modelo de Autopsia Psicológica (MAP), diseñado y por García (1998), con víctimas de suicidio y homicidio. Método estructurado evita sesgos y subjetividades. Durante su validación se perfeccionó con la incorporación de nuevos ítems, dando lugar al Modelo Integrado (MAPI).

Igual y González (2003), consideran que la Autopsia Psicológica, ayuda a la investigación criminal, donde no está clara la causa del fallecimiento, aclarando que sus

conclusiones son probabilísticas. La Autopsia Psicológica es una herramienta sistemática y multidisciplinar, no sirve de prueba definitiva de la etología de una muerte (Poythress, y cols., 1993).

2.6.4. Autopsia Psicológica en el proceso penal.

En el caso de muertes violentas, la manera como ocurre la muerte puede corresponder a homicidio, suicidio o accidente. Aquí surge la duda de la necesidad de datos psicológicos del occiso que aclaren la forma de su deceso. El método de la Autopsia Psicológica nació para ser aplicado a casos de muerte resulta dudosa. Este procedimiento sirve como instrumento de investigación en las áreas de Psicología y criminología.

También aplicarse a estudios donde este presenta las características de la víctima, circunstancias en las que murió. En la investigación de muertes violentas, el estudio de las víctimas en el plano psíquico puede ayudar a la prevención y predicción de las muertes.

En La Autopsia Psicológica se debe desarrollar a través de entrevistas a cualquier persona de su ámbito dada la posibilidad de obtener datos claves del individuo más insospechado. Más aún de su historial médico o psicológico. Actualmente se busca una recopilación biográfica; donde a veces demuestra que la muerte es el fin de un complejo proceso. Por ello la Autopsia Psicológica busca reconstruir de las motivaciones, y averiguar, el mecanismo más probable de la muerte.

2.6.4.1. Metodología forense para proceso judicial.

Para realizar la Autopsia Psicológica en el ámbito judicial se sugiere seguir los siguientes pasos: Hacer entrevistas libres, dirigidas en los familiares directos, posteriormente usar el método de investigación de escena de los hechos; Desarrollar entrevistas a técnicos relacionados con la víctima como bancos, comercios, médicos, profesores; Valorar los resultados en base a las cuatro puntas del método de la estrella; Informe de la Autopsia Psicológica y Juicio oral.

Según Núñez de Arco (2004), el Método de la Estrella de cuatro puntas, cumple dichos objetivos, en este método se analiza:

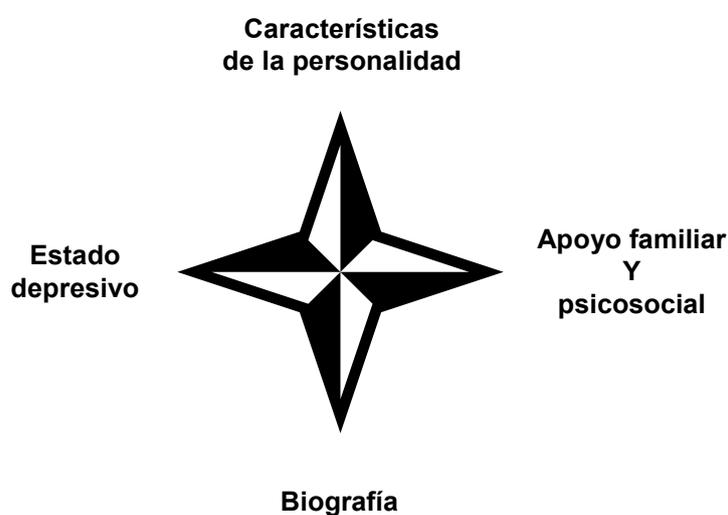


Figura 9 Método de la estrella de cuatro puntas

Fuente: Núñez de Arco 2004, p. 238

A mayor tamaño de la estrella, existe mayor probabilidad de suicidio. Este método resulta comprensible para el jurado. Porque visualiza en base a una estrella de cuatro puntas, la existencia de la posibilidad de suicidio. La metodología debe contener los datos socio demográficos de la víctima.

Una revisión de los hechos junto a la reconstrucción de la vida de esa persona, historia del núcleo familiar, y los vínculos entre cada uno de los miembros. La Autopsia Psicológica se ha empleado como diagnóstico clínico del suicidio, sino una prueba de la Psicología Jurídica, los resultados de una autopsia judicial, pueden inculpar al causante del homicidio, al descartarse el suicidio.

2.6.4.2. Herramienta para el peritaje psicológico.

Una de las técnicas más importantes en la comprensión de comportamientos criminales, es la denominada Autopsia Psicológica. Para desarrollar este procedimiento, es necesario el trabajo interdisciplinario entre médicos, abogados psiquiatras y psicólogos forenses (Acevedo, Núñez y Pinzón, 1999).

Autores como Litman, Crupié, Shneidman, Farberow y Tabachnick, 1963; Shneidman, 1960-1964 Citados por (Shneidman, 1994) plantean que para realizar el peritaje en la autopsia psicológica se deben tener en cuenta varias categorías del occiso. En este sentido, Ebert (1991), los objetivos de la Autopsia Psicológica se dividen en cuatro: Primero determinar la manera de la muerte en casos de equívocos entre la muerte natural accidental, suicidio y homicidio. Segundo Averiguar el momento en que se produjo la muerte. Tercero

evaluar los intentos de suicidio. Y por último la investigación funciona de terapia contra ideaciones o dolor traumático post duelo.

También la Autopsia Psicológica ayuda a determinar: El riesgo suicida, heteroagresivo o de accidentalidad; La repercusión del estilo de vida del occiso; El estado mental en el momento de la muerte; Estable situaciones de conflicto; El perfil de personalidad del occiso y Las señales pre suicidas.

Ante un comportamiento estudiado minuciosamente, se puede inferir comportamientos y consecución de hechos. Shneidman (1973-1977) Citado por Ebert (1991) propone tres categorías para estudiar la muerte dudosa, en relación con el autor del suicidio, la causa de la muerte y la forma en que ocurrió. Como parte de la investigación criminal la Autopsia Psicológica establece los sospechosos en los homicidios de autor desconocido.

Annon (1995) y Young (1992), plantean de los problemas a los que se ve enfrentado el Protocolo de Autopsia Psicológica (PAP) es la falta de estandarización. No existe un modelo estructurado y sistematizado que disminuya el sesgo a través de un procedimiento completo donde el investigador diseñe un perfil de la personalidad del occiso.

Annon (1995) propone otro modelo para aplicar la Autopsia Psicológica, en el que plantea pasos siguientes: Examen cuidadoso de la escena, estudio de los documentos disponibles, informes documentales sobre la víctima, entrevista con testigos.

Anon (1995), afirma que los estudiosos del comportamiento deben ser rigurosos y extensos para poder formular unas conclusiones, aunque en la mayor parte de los casos el

tiempo se usa en recolectar la información y testigos a entrevistar.

Ramírez en 2004 (citada por Núñez de Arco, y cols., 2005) y Annon (1995) valora que la entrevista de la autopsia debe realizarse antes de los 6 meses después de haber ocurrido el deceso, dado que en estos meses aún se mantiene el recuerdo y la información es válida. Dado que si pasa más tiempo se puede confundir el recuerdo con el proceso de duelo afectando a la objetividad y distorsionando el perfil del fallecido.

Ramírez (2004) citada por (Núñez de Arco, y cols., 2005) valora significativamente el entrenamiento de los entrevistadores para aplicar la Autopsia Psicológica. El entrevistador debe empatizar con sus informantes dejando libertad en las manifestaciones puntualizando únicamente en algún detalle o pregunta directa.

Se debe escoger dos informantes por lo menos para poder correlacionar los datos y aportar información más fiable, además de revisar la documentación disponible (García, 1993).

El país con mayor trayectoria en Autopsia Psicológica es Cuba. A partir de múltiples revisiones han creado su propio modelo denominado MAP (Modelo de Autopsia Psicológica); tras la revisión del modelo para víctimas de suicidio, homicidio y accidente, desarrollaron el MAPI (Modelo de Autopsia Psicológica Integrado). García (1999) describe el MAPI, como modelo estructurado y sistematizado, de forma que disminuye el margen de sesgo.

La metodología para la validación del MAPI, la desarrollo el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Medicina Legal de Cuba a través de diversas investigaciones

realizadas durante los años 1990 a 1996 en víctimas de suicidio, homicidio y accidente, recurriendo a informantes vinculados con los fallecidos aportando confiabilidad en sus resultados pudiendo generalizar el MAPI (García, 1999). El uso del instrumento MAPI, se aplica de forma generalizada en distintos países, desde finales de 1994 para resolver casos civiles y penales. En Méjico, desde 1997 es utilizado por los servicios médicos-legales para el estudio de suicidios. El equipo de Medicina Forense de Honduras esta aplicando la técnica desde 1998 para casos civiles y penales, especialmente en la solución de muertes dudosa. Desde 1999 este método es considerado como técnicas validas para la investigación de homicidios en Costa Rica. En Colombia la Autopsia Psicológica es una técnica de la Psicología Forense esta limitada la falta de especialización e instrumental validada para el contexto colombiano.

La labor de los profesionales encargados de aplicar la Autopsia Psicológica es difícil ya que deben determinar el estado mental del occiso (García, 1999). La Autopsia Psicológica requiere un trabajo en equipo a través de un grupo interdisciplinario de expertos que aporten sus conocimientos forenses, para caracterizar el perfil del fallecido de forma científica (García, 1993).

Los elementos necesarios para la caracterización del occiso se realiza a través de una discusión colectiva donde participan los peritos desarrollando finalmente un informe pericial en términos probabilísticos, dado que es una evaluación indirecta con conclusiones inferenciales que cobran valor al unirse al resto de los elementos forenses. (Núñez de Arco, y cols. 2004).

2.6.5. La Autopsia Psicológica en el derecho civil.

Psicología aplicada al Derecho Civil se centra en el asesoramiento y el peritaje de diversas de capacidades civiles para la toma de decisiones, contratos, testamentos, cambio de sexo o esterilización de deficientes, entre otras.

La Autopsia Psicológica en el ámbito del derecho Civil puede invalidar documentos firmados por una persona ya fallecida tras demostrar científicamente que en el momento de firmar, no poseía la capacidad para tomar decisiones o administrar sus bienes.

Estableciendo un examen mental post mortem del fallecido/a cuando firmo documentos, sin la capacidad psíquica que los capacitase para administrar sus bienes, regir su persona y tomar decisiones determina la anulación de las mismas.

2.6.5.1. Capacidad testamentaria.

La persona posee capacidad para testar cuando comprende lo que esta haciendo y no es consciente de la naturaleza y la cantidad de sus bienes. En los casos que alguien pretenda invalidar un testamento y el testador haya fallecido, se aplica la Autopsia Psicológica que reconstruye las circunstancias del testador antes de morir para emitir una opinión sobre su presunta incapacidad testamentaria, en donde se define si el testador fue coaccionado o intimidado para favorecer a ciertas personas como beneficiarias.

La ley reconoce la nulidad del acto de testar cuando hay coacción por parte de un

tercero. Nulidad de testamento se promueve por un familiar aludiendo a graves trastornos mentales durante el acto de testar, por lo que el testador fallecido no poseía lucidez necesaria.

El perito no puede entrevistar al testador pero puede hacer un estudio retrospectivo de los padecimientos que aquejaban al muerto y su comportamiento durante el acto de testar, revisando los expedientes clínicos, notas y cartas del fallecido, entrevistando a familiares, amigos, etc. a fin de recabar la información que le permita emitir un dictamen lo mejor fundado posible.

La incapacidad por causa de demencia, idiotismo, imbecilidad, embriaguez o toxicomanía es una de las demandas más frecuentemente del perito psicólogo. La declaración de incapacidad entendida como la suma de carencias mentales y emocionales de una persona que le dificultan o le anulan la capacidad de testar.

Los sordomudos, deficiencias cognoscitivas, demencias, alucinaciones, delirios, psicosis, idiotismo, esquizofrenia, se harán mediante el dictamen de tres facultativos en presencia del Juez. Si se explora retrospectivamente mediante Autopsia Psicológica podríamos valorar la capacidad legal.

2.6.6 Exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida.

Se trata de un procedimiento científico para evaluar después de la muerte cómo era la

víctima en vida, es una reconstrucción socio psicopatológica postmortem, con las siguientes valoraciones: Riesgo suicida, heteroagresivo o de accidentalidad; Estilo de vida; Estado mental antes de la muerte; Conflicto motivacionales; Ofrece los resultados en términos probabilísticos.

La Autopsia Psicológica en la investigación criminal, ayuda a reconocer las características de los sospechosos en homicidios de autor desconocido, ofrece elementos probabilísticos de los presuntos autores.

La aplicación de la Autopsia Psicológica en la investigación criminal, para descubrir las muertes equívocas y dudosas ayuda a discernir entre suicidio y accidente lo que motivó que sus colaboradores establecieran los principios metodológicos iniciales para su realización.

Cuando se establece la certeza del homicidio, la Autopsia Psicológica puede valorar si la víctima era un enajenado mental, sin la facultad de comprender el alcance de su conducta, para poder valorar si se tipifica como asesinato u homicidio.

Otros delitos pueden también ser tipificados a través de un dictamen de Autopsia Psicológica: el abandono de dependientes, la estafa, la pederastia violenta seguida de asesinato.

En el Derecho Civil la Autopsia Psicológica puede invalidar documentos firmados por una persona ya fallecida al demostrar que firmo, sin poseer capacidad mental para tomar decisiones.

La Autopsia Psicológica en Criminología es de gran importancia pues podemos

reconstruir los elementos victimógenos y estudiar la relación víctima-victimario. Con la Autopsia Psicológica un asesinato donde se demuestre que el presunto agresor carencia de facultad para comprender su acción.

O en los casos civiles donde los documentos firmados por la misma fueron invalidados al demostrarse su incapacidad para regir su persona, administrar sus bienes y tomar decisiones.

2.6.6.1. La Autopsia Psicológica en el homicidio.

El estudio del homicidio presenta alguna limitación como el no contar con la versión de la víctima, sus sentimientos, percepción del el crimen. La víctima de homicidio, se estudia a través de un modelo denominado MAP-II (modelo de Autopsia Psicológica para víctimas de homicidio).

El MAP-II es un método de exploración indirecta y retrospectiva con una metodológica similar a los utilizados para el modelo de suicidio pero con características propias para víctimas de homicidio.

Estudios realizados sobre mediados de los noventa indican que más del 40% de las víctimas de homicidio se caracterizaban por presentar características de las llamadas víctimas provocadoras, descritas como personas difíciles, desafiantes, prestas a la provocación.

A nivel penal si el occiso era una víctima provocadora, podría ser un atenuante para el victimario al valorar la agresión proporcional a las motivaciones que precipitaron el acto

homicida. Se valoran como homicidios provocados inconscientemente por la víctima. La Autopsia Psicológica permite entender la dinámica del homicidio, demostrando la participación de la víctima en su propia muerte.

Frei (2012). En el homicidio es importantísimo ver el lugar de los hechos y los elementos, indicios, evidencias; signos de violencia en el cadáver de la víctima y del victimario. La Autopsia Psicológica se aplica para descubrir el móvil y la motivación del victimario, pues aporta las claves que caracterizan la psicopatológica de la víctima.

Von Heutig (1948), la víctima es un elemento activo en el asesinato, Así que el estudio del crimen no es significativo si no se tiene en cuenta la interacción entre la víctima y su participación consciente o inconscientemente en el crimen.

La Autopsia Psicológica es una técnica que describe la participación de las víctimas de homicidio dando un nuevo enfoque a la aplicación del PAP.

Conner, Beautrais, Brent, Conwell, Phillips y Schneider (2012) valoran los estudios de las tendencias suicidas que son potencialmente mortales.

Jia, y Zhang (2012), hacen los mismos controles y estudios de casos en la población China, con resultados similares.

La tendencia creciente en el comportamiento homicida, hace buscar más información que aporte luz sobre las causas y condiciones que inciden en este complejo fenómeno criminológico (Rodríguez, 1990).

2.6.6.2. La Autopsia Psicológica en el suicidio.

Shneidman (1999) define el suicidio como el acto de autolesionarse con la intención de acabar con la vida de forma conscientes e inconscientes. La información retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona fallecida, utilizando un método indirecto, que trata de informar sobre el occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente.

El modelo de Autopsia Psicológica para suicidas por excelencia es el MAP I que, a diferencia de revisados este modelo es estructurado y sistematizado, disminuyendo así el margen de sesgo, además debe ser verificable por terceras personas y así garantizar su valor como prueba pericial.

Existe la falsa creencia de que el suicida no informa y este método demuestra que esto es falso, pues un alto porcentaje de las víctimas verbalizaron sus deseos suicidas, a través de comentarios pesimistas acerca del futuro, la desesperanza y la expresión de sentimientos de soledad, inutilidad, incapacidad o incompetencia.

La visión retrospectiva de la personalidad de una persona fallecida, para obtener información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente: familiares, convivientes, colegas, vecinos, compañeros de trabajo. Además de la revisión de documentos personales (notas, diarios, cartas, producción literaria) y oficiales (historias clínicas, expediente escolar, laboral o militar) del suicida.

La Autopsia Psicológica es una técnica pericial que nace por la necesidad de definir

las muertes dudosas, para definir si se trataba de un suicidio o un accidente. Para ello se creó el MAP-I (Modelo de Autopsia Psicológica para Suicidas).

La Autopsia Psicológica es una reconstrucción biográfica del fallecido que enfatiza en aspectos tales como la caracterización sociodemográfica y caracterológica de estrés actual, enfermedad mental, señales de aviso pre-suicida, con especial localización en los últimos días y horas.

Cuando se emprendieron estas investigaciones se albergó el temor del rechazo de los supervivientes, pero la mayoría de las personas entrevistadas se mostraron cooperadoras y accesibles y aliviados de poder verbalizar sus sentimientos acerca del fallecido y de las circunstancias que rodearon a su muerte.

Se menciona algo que con frecuencia se olvida, el suicidio, sin tener en cuenta el dolor y la pena de los supervivientes, la incertidumbre, la culpa y muchas veces la desesperación que pueden precipitar quizá otro suicidio.

Los informantes se mostraron cooperadores y accesibles, con reacciones defensivas, de culpa, de angustia, de impotencia, de negación de lo ocurrido (Carlsson, Daruvala y Jaldell, 2010). Algunos informantes lo veían como un crimen o un accidente y esto les reducía la culpa, el azar, a la suerte.

La entrevista sobre el occiso es más productiva tras el primer mes aunque no se encontraron diferencias entre los datos obtenidos entre el primer mes y los obtenidos hasta seis meses después, es decir, en ese tiempo no se pierde la claridad y el detalle de la información.

Los suicidas emitieron señales de aviso suicida. El gran problema es que aquellos que rodean al sujeto con intención suicida no toman en cuenta sus señales y relativizan su importancia. Las víctimas emitieron comentarios pesimistas, desesperanza y soledad. El contar con una metodología para el estudio del el perfil psicosocial de las víctimas, establece la población de riesgo y los factores asociados.

"La Autopsia Psicológica previene conductas auto lesivas. Existe una metodología para detectar qué factores de riesgo estaban presentes y caracterizan su población suicida como parte del programa de prevención de la conducta suicida, otros estudios describen como épocas sociales de crisis inciden en el suicidio" como se describe en (Kizza, Hjelmeland, Kinyanda y Knizek, 2012, pp. 95-105).

Es necesario crear una batería donde se desarrollo la Autopsia Psicológica donde se controle las emociones post conflicto que sesgan las percepciones de los participantes (Kizza, Hjelmeland, Kinyanda y Knizek, 2011).

2.6.6.3. La Autopsia Psicológica en los accidentes.

Accidente mortal por una equivocación de sentido o un suicidio. Los problemas de salud y personales del individuo pueden ser la causa de comportamientos disruptivos. Las víctimas que nunca han tenido ni provocado infracciones de tráfico, que cumplen con la normativa vigente y no posee historial de consumidor de alcohol u otras sustancias, que tienen un accidente inusual lleva a valorar las causas de su comportamiento.

Para saber las causas de ese comportamiento, se tendrá que hacer lo que denominan

Autopsia Psicológica, donde se analiza los días previos y se habla con los conocidos. Se estudia su historial médico.

Hay ocasiones que determinados problemas de salud generan conductas que afectan a las condiciones o a la capacidad de concentración.

MARCO EMPÍRICO

3. INVESTIGACIÓN

3.1. Problema.

Desde siempre y máximo actualmente, existen muertes dudosas, que podrían estar integradas en el grupo de accidentes, suicidios u homicidios domésticos. Desde la Psicología buscamos un instrumento que nos indique como diferenciarlos, dado que aunque la Psicología como ciencia ha tenido un gran crecimiento profesional aportando grandes profesionales y recursos a la demanda social, la revisión bibliográfica aporta escasos trabajos en técnicas objetivas que dan respuesta y/o que ayuden a discernir sobre la posible causa de la muerte, basándonos en los modelos clásicos de las técnicas de autopsia.

Dicho esto, es de gran interés para la práctica de la Psicología estudiar y crear instrumentos que ayuden a la investigación, para desempeñar un trabajo más efectivo y profesional.

3.2.- Objetivos.

A nivel general el objetivo es la aplicación en el campo de la Psicología Jurídica española una herramienta fundamental para la investigación y resolución en los casos de muerte dudosa: Homicidio, Accidente y Suicidio, como es la elaboración de un instrumento válido y fiable para desarrollar la Autopsia Psicológica en España (VAAP).

Específicamente se plantea la creación del instrumento descrito para diferenciar y describir los tres tipos muerte por Homicidio, Accidente y Suicidio.

3.3.-Hipótesis

Hipótesis General.

Se plantea que la creación del instrumento de medida (VAAP) que aportará información significativa y objetiva para la resolución de los casos de muerte dudosa. Esta hipótesis surge de la aportación de instrumentos de autopsia psicológica ya existentes como el MAPI I, MAPI II y PAP, cuya utilidad ha sido constatada.

Hipótesis Específicas.

1. El instrumento de medida (VAAP) aportara información significativa y objetiva para la resolución de los casos de muerte por suicidio, dado que presentara unos valores más elevados en: Trastornos del Humor, escalas de riesgo e intencionalidad suicida, trastornos socio familiares, escenario de los hechos específicos.
2. El instrumento de medida (VAAP) aportara información significativa y objetiva para la resolución de los casos de muerte por homicidio por violencia doméstica, dado que presentara unos valores más elevados en: Autoestima, depresión, ansiedad, estrés, apoyo social, personalidad dependiente.
3. El instrumento de medida (VAAP) aportara información significativa y objetiva para la resolución de los casos de muerte por accidente, dado que presentara unos valores más elevados en: Drogas, Alcohol, Impulsividad, búsqueda de sensaciones, hostilidad.

3.4. Método.

Se crearon dos grupos de participantes diferenciados, en dos fases: Para la primera fase se recogieron datos de 30 participantes con intento de suicidios, (escogidos de un listado de usuarios de atención psicológica) a los que se le administraron los test estandarizados escogidos, esos mismos test se administraron a uno de sus padres, compañero de trabajo, esposa/o y amigo, que respondían sobre por los participantes que habían intentado cometer suicidio. Por tanto se obtuvieron los datos de 120 participantes, informando 30 de forma directa y 90 de forma indirecta sobre los primeros 30. De esta forma se pretendió determinar si la perspectiva de los 90 participantes allegados coincide con las de los 30 seleccionados y de modo que la batería de pruebas también arrojase información útil con respondientes indirectos.

Para la segunda fase se seleccionaron tres grupos de allegados de occisos por causa de homicidio por violencia de género, suicidio y accidentes de tráfico. Cada grupo estuvo compuesto por los allegados de 30 occisos de cada una de las causas de fallecimiento. Para cada occiso se administró la batería a 3 allegados occiso de modo que se realizaron 240 entrevistas más en esta segunda fase.

3.4.1. Participantes.

Los participantes se distribuyeron en cuatro grupos distribuidos con la misma proporción entre suicidio consumado, intento de suicidio, accidente y el grupo control formado por el grupo de intento de suicidio, haciendo un total de 360 participantes entre ambas partes del estudio.

Edad del occiso. Dentro de la investigación se dividieron los participantes en siete grupos de edad. El primer grupo, de 0-18 años supuso un 7,5 % del total de la muestra; El segundo grupo que comprendió las edades entre 19 y 30 años fue el más numeroso y representó un 38,3 % de la muestra; El tercer grupo de 31 a 40 años representó el 19,2 % del total, El grupo cuyo rango de edad se encuentra entre los 41 y 50 años estuvo compuesto por el 15,8 % de la muestra; El sexto grupo de edad, comprendido entre sexto grupo con rango entre los 51 a 60 años incluyó únicamente al 4,2% de los participantes,: El rango de edades del 61 a 70 años representó el 11,7% de la muestra y por último el grupo de edad superior a 70 años se compuso por un un 3,3% de la muestra

Dependencia. Dentro del grupo con el que se ha trabajado se dividen en dos grupos diferenciados en sujetos dependientes, es decir con algún tipo de diversidad funcional con un 9,2 %. Por lo tanto, el 90,8 % no tenía ningún nivel de dependencia.

Estado civil del occiso. El desarrollo del estudio agrupa cuatro grupos de participantes. La totalidad de los participantes se dividen en: casados (23,3 %); viudos (10%); Divorciados (27, 5 %) y por último el grupo de los/as solteros, el más mayoritario

(39, 2 %).

Lugar de nacimiento. Otra variable valorada en este estudio ha sido el lugar de nacimiento en función del tipo de localidad definiéndose así cuatro grupos en función del origen del occiso, el primer grupo residía en localidad pequeña y representaba el 22,5 % de la muestra; El segundo grupo que residía en una localidad mediana abarcaba el 56,7 % del total; El tercer grupo representado por el 20 % residen en localidades grandes; El último grupo que describía los de origen rural eran del 0,8 %.

Minusvalía. Otra variable de esta investigación fue el estudio del tipo de minusvalía dividiéndose los representantes en cuatro grupos en función de la situación del occiso, el primer grupo con una minusvalía física representa el 18,3 % de la muestra; El segundo grupo aquellos sujetos que tienen una minusvalía psíquica define al 4,2 %, igual proporción obtenida al grupo con minusvalía sensorial; El cuarto y último grupo que define a los sujetos que no poseen ningún tipo de minusvalía y representan el 73,3 % del total.

Nivel de estudios del occiso. El nivel de estudios fue otra variable que se tuvo en cuenta, aquí se representaron seis grupos. El primer grupo de personas sin estudios que representa el 5 % de la muestra; El segundo grupo aquellos sujetos que tienen estudios básicos representando el 26,7 %; La proporción obtenida en el tercer grupo de estudios de ciclo corto es de 17,5 %; El cuarto grupo de estudios de ciclo medio son el 32,5 %; El quinto grupo de estudios de ciclo largo representa el 15,8 % y por último el grupo que define a los sujetos que se consideran en Otros se representan con el 2,5 %.

Nacionalidad. La variable nacionalidad, describe tres grupos con el 74, 2 % a los españoles, que representa al grupo más numeroso; el segundo grupo esta integrado por los

ciudadanos pertenecientes a la CEE con el 10,8 %, siendo este el de menor representación y el tercer grupo que integra a las personas no españolas ni europeas, definido como otros que engloba al 15% de la muestra.

Sexo del occiso. Un 49,2 % de los respondientes fueron mujeres y por tanto un 50,8 % hombres.

Profesión. El grupo de profesionales asalariados con una representación similar a la más alta de la variable es de 30,8 %; El grupo de Técnicos representados por el 19,2 %; El tercer grupo de profesionales que trabajan a cuenta propia o como autónomos con el 10,8 %; El grupo de parados con una representación del 31,7 %, la mayor de esta muestra; Los retirados aquí son el 7,5 %.

Provincia. La provincia más representada del ámbito que rodea a los personajes de nuestra muestra es la Gallega en un 91,7 %.

Frecuencia de trato con los allegados. La frecuencia con la que el occiso y el sujeto entrevistado se veían definida en, semanas y meses, que nos muestra como la mayoría de las personas entrevistadas tenían un contacto diario con el occiso representando el 97,5 % de los casos.

3.4.2 Procedimiento.

En primer lugar se procederá a modificar el tiempo y persona verbal usadas tradicionalmente en los test utilizados para esta investigación, A personas citadas por

primera vez en entidades con unidades de atención psicológica, tras la realización de una primera entrevista diagnóstica, se le aplicará el VAAP.

A los 30 primeros sujetos seleccionados por presentar intentos de suicidio se les administró la batería de forma directa y se concerta una cita con uno de sus padres, esposa, amigo y compañero de trabajo para administrarles la batería transformada, hasta reunir 90 participantes allegados a nuestros seleccionados (tres por suicida en grado de tentativa). Si los datos aportados por los 30 sujetos son coincidentes con los descritos en la prueba por los allegados, consideramos la batería válida e iniciáramos la segunda fase pasándosela a dos allegados escogidos por resultados más próximos, al aportar la misma significación se elige cualquiera de los seleccionados anteriormente, de los 3 grupos (suicida, homicidio doméstico, accidente) de 30 sujetos cada uno, haciendo un total de 180 sujetos.

3.4.3. Instrumentos.

Los instrumentos ya descritos en el apartado 3 se representan por una entrevista psicobiográfica de exploración neuropsicológica. Además de un grupo de subtest estandarizados pasados de forma retrospectiva e indirecta para valorar:

1. Los trastornos mentales orgánicos a través del "Test del informador".
2. Los trastornos por consumo de sustancias y alcohol mediante una escala de adicción general, a través de la aplicación del "AUDIT".
3. La evaluación trastornos del humor con dos instrumentos, "La escala de manía de

-
- Young" y el "Inventario de depresión de Beck".
4. La evaluación suicida mediante "La escala de riesgo suicida" y la "Escala de intencionalidad suicida".
 5. La valoración de situaciones estresantes con el "Cuestionario de estrés percibido" y el "Cuestionario de experiencias traumáticas".
 6. Los trastornos de personalidad mediante la aplicación de la "Escala de impulsividad de Barratt", "La escala de búsqueda de sensaciones", "El inventario de hostilidad de Buss-Durkee" y "El cuestionario de autoestima de Rosenberg".
 7. Trastornos de socio-familiares mediante la administración de "La escala de apoyo social", "El estrés de Duke" y "El índice de sucesos vitales".
 8. Y por último se describe las características de identificación del escenario.

3.4.3.1. Elaboración de la batería de Autopsia Psicológica "VAAP".

Las pruebas que se exponen aquí representan una sistematización de la exploración psicológica retrospectiva, realizada a partir de métodos y pruebas clásicas, presentes en la literatura.

El uso de la batería de valoración de la Autopsia Psicológica (Vaap) de forma correcta y válida depende, como en cualquier otra prueba psicológica, de la pericia del entrevistador.

A nivel general esta batería de valoración de la Autopsia Psicológica depende de que el entrevistador siga atentamente las normas siguientes:

1. El test debe pasarse íntegramente siguiendo el orden establecido en las hojas de observación o protocolo de notaciones.
2. El sujeto al que se le pasa debe estar cómodo, en un lugar tranquilo, bien iluminado, teniendo todo el material necesario, evitar todo tipo de influencias exteriores.
3. En el caso que aparezca fatiga, tendencia al negativismo u otra situación que pueda falsear los resultados, se dividirá las tareas en dos o más sesiones, en este caso el lapso entre las sesiones no será superior a 24 horas.
4. En determinados casos, se puede hacer una exploración dirigida a valorar únicamente los subtest que sean precisos.
5. Se explicara siempre en que consiste la prueba, aunque no se dará a lo largo de la valoración datos sobre el contenido de las pruebas.
6. Se preguntara al examinado si usa gafas para los test que lo precise.
7. Aquí hay que tener en cuenta no sólo la valoración cuantitativa de los rendimientos del paciente, es muy importante además, la valoración cualitativa, por lo que se anotara, todas aquellas observaciones que informen sobre los datos que aporten a mayores.

Normas de aplicación.

Materiales: Manual; Protocolo de anotación del encuestador; Hoja resumen, para construir el perfil y características

Criterio de aplicación: Desde el principio ha de valorar el interés a la hora de cubrir el cuestionario, si el entrevistado no desea cubrir el cuestionario debe de anularse la entrevista.

Condiciones de exploración: Antes de empezar la exploración se debe anotar las condiciones de exploración. Se considera condiciones estándar las de una exploración practicada en el despacho con todas las características adecuadas.

Otras condiciones: Casa del entrevistado, u otros centros.

3.4.3.2.- Modelo de entrevista VAAP.

El modelo de entrevista Vaap se elabora para adquirir datos que aporte información relevante y completa sobre el informador y su relación con el occiso. La entrevista busca aportar datos para identificar al occiso, las causas de la muerte y sus antecedentes a la largo de su desarrollo vital a través de su psicobiografía y aportación socio familiar y laboral. La entrevista acaba tras recopilar los datos de la situación del occiso su estado antes de la muerte.

3.4.3.3. Subtest de exploración sistemática.

Todos los Subtest originales han sido administrados sobre un recuerdo indirecto, observando en más de 100 casos que la percepción directa que tenemos de nosotros mismos no varía significativamente en los test escogidos para la batería, cuando son contestados por terceras personas tras la muerte del actor. A continuación se detallan los instrumentos utilizados:

TRASTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS. TEST DEL INFORMADOR.

El test del informador Jorm y Korten, (1988). Que se trata de un cuestionario que cumplimenta un familiar o persona allegada al enfermo en su domicilio o en presencia del médico, tras unas breves instrucciones y en muy poco tiempo (5-10 minutos). Se le pide que recuerde como era hace 10 años y como ha cambiado en la actualidad, según los criterios de una escala Liker de 5 puntos. La primera versión consta de 26 preguntas con una puntuación máxima de 130 puntos.

Interpretación.: Se considera de gran valor para el cribado de deterioro cognitivo. Valora memoria, funcionalidad y capacidad ejecutiva de juicio. Los resultados son independientes de la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización y de la edad.

En la escala de 26 una puntuación superior a 85 es indicativa de probable deterioro cognitivo. En la versión breve por encima de 57 puntos se considera probable deterioro, con similar sensibilidad y especificidad que la versión larga. Globalmente podemos considerar una sensibilidad del 86% y una especificidad del 92%.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: Presenta una buena validez interna en población general ($\alpha = 0.95$) y una aceptable validez test-retest ($r = 0.75$). Las versiones breves han demostrado poseer similar validez que las formas largas del test.

Validez: Presenta buenos índices de correlación diagnóstica con el Mini-Mental State Examination, incluso superándolo en ocasiones.

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL. ESCALA DE ADICCIÓN GENERAL.

La Escala de Adicción General ha sido desarrollada y validada en nuestro medio por Ramos Brieva y cols., (1994). Según los autores no disponemos de escalas que evalúen adecuadamente una serie de nuevas adicciones que han ido surgiendo en los últimos tiempos. Entre éstas podemos considerar la compra compulsiva, la práctica de deportes (correr, aeróbic), diversas adicciones alimentarias (dulces, chocolate), otros consumos específicos (café, cola), al trabajo, a internet, al sexo, a videojuegos, a la televisión. También se incluyen comportamientos caracterizados por un importante descontrol de los impulsos de automutilación, los intentos de suicidio impulsivos e compulsivos y el “joy riding”.

Se trata de una escala autoaplicada de 11 ítems. Cada respuesta se presenta como una escala ordinal de siete puntos entre los extremos cierto y falso, para poder obtener respuestas más flexibles. En medio está situado “ni lo uno ni lo otro” o “los dos a la vez”, de valor de referencia igual a 0. Las respuestas se puntúan de 7 a 1, excepto la 1,3 y 10 que lo hacen de forma inversa. El rango es de 11 a 77.

Interpretación.

La escala valora el grado de adicción de un sujeto a una gran variedad de nuevas adicciones, excluyendo las sustancias ilegales de uso habitual entre toxicómanos.

El rango de la escala va de 11 puntos (no adicción) a 77 (muy adicto). Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el grado de adicción.

Según los autores los ítems se agrupan en cuatro dimensiones, subyacentes en toda adicción: ansia o enganche, tolerancia, abstinencia y carencia de control.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: La fiabilidad estudiada por el procedimiento de las dos mitades obtuvo una correlación de 0,86 ($p < 0,01$), con un índice de fiabilidad muy alto $\alpha = 0,92$. La consistencia interna es también muy alta. Todos los ítems correlacionan con la puntuación total ($r = 0,71$).

Validez: Las comunalidades de los ítems individualizados superan el 70%, lo que supone una gran validez de constructo. La validez convergente se realizó con una escala en que se expresaba la impresión subjetiva de ser adictos a diferentes circunstancias. Los resultados fueron satisfactorios.

TEST DE AUDIT.

El AUDIT. (Alcohol Use Disorders Identification Test) está basado en un proyecto de la OMS de colaboración entre seis países posteriormente estandarizado por Saunders y cols., (1987) el núcleo de este cuestionario está íntimamente relacionado, con las consecuencias del consumo de alcohol en atención primaria.

Su objetivo era disponer de un instrumento capaz de detectar problemas no graves relacionados con el consumo de alcohol.

Interpretación.

Nos encontramos ante un buen instrumento para detectar problemas leves y moderados relacionados con el alcohol, centrándose en el consumo perjudicial o abuso de

alcohol. Resulta especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10 sobre problemas relacionados con el consumo alcohólico.

En la validación española los puntos de corte más eficaces para distintos tipos de población se indican a continuación:

Una alta puntuación en los ítems 1 a 3 sugiere consumo peligroso de alcohol, si está se da en los ítems 4 a 6, posible dependencia alcohólica y si se da en las cuestiones 7 a 10 consumo perjudicial.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: El alfa de Cronbach es de 0,8.

Validez: Posee buen índice de correlación con el MAST ($r = 0,88$) y con determinaciones analíticas, como la GGT ($r = 0,31$ en varones y $0,46$ en mujeres).

Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte 11 la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Si el punto de corte se sitúa en 13 la sensibilidad es de 0,7 y la especificidad de 0,78.

EVALUACIÓN TRASTORNOS DEL HUMOR. ESCALA DE MANÍA DE YOUNG.

La Escala de Manía de Young (Manía Rating Scale, MRS) fue elaborada por Young y cols en 1978, con la intención de construir una escala que pudiera ser administrada por clínicos tras una breve entrevista.

Es un instrumento de cuantificación de síntomas que consta de 11 ítems, con 5

opciones en cada uno, que reflejan grados crecientes de intensidad sintomática. La selección de los ítems es empírica, y se basa en una selección de los síntomas considerados como nucleares de la fase maníaca del trastorno bipolar.

Interpretación.

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad / gravedad sintomática que mejor se ajuste a la situación clínica del paciente. Cada opción puntúa en un rango de 0 a 4, excepto 4 ítems (irritabilidad, expresión verbal, trastornos formales del pensamiento y agresividad) que tienen mayor peso en el global y puntúan doble (0, 2, 4, 6, 8). La ponderación doble de estos ítems se justifica por la pobre o nula cooperación en la entrevista clínica de los pacientes graves.

El rango total de la escala es de 0 – 60 puntos. No hay puntos de corte establecidos ni tampoco estratificación por niveles de severidad, y podemos encontrar distintos criterios en la bibliografía.

Propiedades psicométricas.

La fiabilidad inter - observadores de la escala en su conjunto es muy alta (0.93) y la de los ítems es algo más heterogénea (0.66-0.92).

Las puntuaciones de la escala discriminan bien entre distintos niveles de severidad, se correlacionan con la necesidad de cuidados (hospitalización, días de hospitalización) y son sensibles al cambio terapéutico.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) Beck y cols (1961/1979), versión fue adaptada al castellano y validada por (Vázquez y Jimenez., 2000). Se trata de una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada.

Interpretación.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes: No depresión de 0-9, depresión leve de 10-18, moderada de 19-29 y grave más de 30 puntos

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 con un punto de corte ≥ 13 . (Fournier, DeRubeis, y Beck, 2012).

EVALUACIÓN SUICIDA. ESCALA DE RIESGO SUICIDA.

La Escala de Riesgo Suicida (Plutchik y cols., 1989) con objeto de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Está formada por una serie de variables que otros autores han relacionado con el suicidio. Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Procede de una versión de 26 ítems. Cada respuesta afirmativa puntúa 1.

Interpretación.

En la validación española el punto de corte propuesto son 6 puntos. Sensibilidad de 74% y especificidad de 95% para distinguir entre controles y pacientes (tentativas de suicidio y trastornos de la personalidad). Con el mismo punto de corte la sensibilidad y especificidad son del 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativa de suicidio frente a los que nunca habían realizado ninguna.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: En la validación española, era incluso superior 0,90. La fiabilidad test-

retest tras 72 horas era de 0,89.

Validez: En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88% para discriminar entre sujetos con antecedentes de tentativas suicidas y aquellos que nunca las habían tenido.

El análisis factorial de la escala demuestra la existencia de 4 factores subyacentes principales.

ESCALA DE INTENCIONALIDAD SUICIDA.

La escala de Intencionalidad Suicida (Beck y cols., 1979). Su objetivo es evaluar las características de la tentativa suicida (circunstancias en que se produjo, actitud ante la vida y la muerte, pensamientos y conductas alrededor del episodio suicida, consumo de alcohol y otras circunstancias relacionadas.

Se trata de un instrumento heteroaplicado. Se recomienda su utilización en personas que han ensayado una tentativa de suicidio. Consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2). Está formada por tres partes:

- Parte objetiva: ítems 1 a 8 y explora las circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio.

- Parte subjetiva: ítems 9 a 15. Valora las expectativas durante la tentativa.

- Otros aspectos: ítems 16 a 20.

La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 15 (los cinco últimos no puntúan).

Interpretación.

La Escala se ha utilizado tanto en adultos, como en adolescentes. Su utilidad consiste en valorar la seriedad del intento suicida y analizar el riesgo subsiguiente de nuevos intentos suicidas.

Los autores no proponen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad. Se observan puntuaciones medias más altas (7,6) en casos de suicidios llevados a término, que en casos de intentos frustrados (5,7). Los pacientes que no realizan un nuevo intento de suicidio en el plazo de un año tienen valores en el total de la escala (ítems 1 a 15) menores que aquellos que realizan un nuevo intento (12,4 frente a 15,5). Este dato avala su empleo para valorar el riesgo de nuevo intento de suicidio.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: La fiabilidad ínter observador de los 8 primeros ítems de la escala es de 0,91. Su consistencia interna (alfa de Cronbach) es elevada (0,82). En adolescentes la consistencia interna para los 15 primeros ítems es de 0,85 (0,60 para los 8 primeros y 0,85 para los restantes). La correlación de la puntuación total con cada uno de los ítems es significativa, salvo para el 8.

El análisis factorial ha puesto de manifiesto la existencia de tres factores principales en la construcción de la escala: expectativa de resultado, conductas de aislamiento y actividades de planificación.

VALORACIÓN DE SITUACIONES ESTRESANTES. CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO.

Instrumento de Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), autoadministrado de 30 ítems, que se puntúan con una escala tipo Likert de 4 grados (1 = casi nunca, 4 = casi siempre). Obteniéndose un índice que puede oscilar de 0 (probablemente estamos en presencia de un caso de muy bajo nivel de estrés percibido) a 1 (probablemente se trata de un caso de muy alto nivel de estrés percibido).

Interpretación.

Los autores no proponen puntos de corte. Los valores de los índices oscilan entre 0 (probablemente muy bajo nivel de estrés percibido) a 1 (probablemente muy alto nivel de estrés percibido).

Se trata de un instrumento absolutamente subjetivo, esto hace que sea una herramienta menos válida, frente a las que evalúan acontecimientos vitales estresantes, en estudios retrospectivos que buscan antecedentes estresantes asociados a determinadas patologías.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: La fiabilidad test-retest para el Índice PSQ General fue de 0.82. La medida de consistencia interna mostró una alfa de Cronbach > 0.90 .

Validez: Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron: con ansiedad ($r = 0.75$), Escala de Estrés Percibido de Cohen ($r = 0.73$), depresión ($r = 0.56$) y estrés comunicado ($r = 0.56$). Sucesos vitales estresantes ($p < 0.005$).

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT

Escala de Impulsividad de Barratt, (1995) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de impulsividad. Fue diseñada por Barratt y en nuestro medio ha sido adaptada por Oquendo y cols.,(2001)

Su aplicación es autoadministrada. Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas: Cognitiva, motora, y no planeada

Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre) que puntúan como 0-1-3-4, salvo los ítems inversos que lo hacen al revés (4-3-1-0).

La puntuación total es la suma de todos los ítems y las de las subescalas la suma de los correspondientes a cada una de ellas.

Interpretación.

En el estudio de validación española las medianas obtenidas en una muestra de pacientes psiquiátricos fueron una Impulsividad cognitiva de 9,5; Motora de 9,5; no planeada de 14 y con una media total de 32,5

Propiedades psicométricas.

Tanto los parámetros de fiabilidad como de validez son adecuados.

Fiabilidad: La consistencia interna es elevada, alrededor de 0,8. La fiabilidad test-retest tras 2 meses es de 0,89

Validez: En la validación española la equivalencia lingüística, la equivalencia

conceptual y la equivalencia de la escala fueron correctas. La proporción de concordancia entre la versión inglesa y la castellana oscila entre 0,67 y 0,80.

ESCALA DE BÚSQUEDA DE SENSACIONES.

La Escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V) fue diseñada por Zuckerman y cols., (1978). Su objetivo es valorar la “búsqueda de sensaciones”.

Es un cuestionario autoadministrado, formado por 40 preguntas con respuesta dicotómica (SI-NO). Cada respuesta afirmativa puntúa 1 y cada negativa 0. Consta de cuatro escalas: Búsqueda de emociones, Búsqueda de excitación, Desinhibición, Susceptibilidad hacia el aburrimiento

Proporciona, por tanto, cuatro puntuaciones distintas (una por escala) y además una total.

Interpretación.

En la validación española se observan puntuaciones más elevadas en todas las subescalas y en la puntuación total en varones respecto a las mujeres. En varones las puntuaciones más altas se obtienen en la escala BEM y las menores en la SAP. En mujeres las más altas en la BEM y las menores en la DES. Existe una relación inversa entre la edad y la puntuación de la escala.

La subescala SAP es la menos homogénea, la que presenta menor correlación con las otras y es la que menos fiabilidad alfa demuestra. La mejor fiabilidad se obtiene mediante la utilización de la puntuación total, en lugar de la de las subescalas.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: La fiabilidad test-retest en población española con un intervalo de 5 días es en varones del 0,9 para la puntuación total y oscila entre 0,68 y 0,94 para las subescalas. En mujeres para la puntuación total es de 0,92 y entre 0,72 y 0,95 para las subescalas. El mismo caso anterior, pero con un intervalo de 5 semanas arroja valores similares en varones (0,88 para la puntuación total y 0,71-0,86 para las subescalas) y mujeres (0,87 para el total y 0,70-0,87 para las subescalas).

Validez: La validez concurrente observada con las diferentes escalas del Eysenck Personality Questionnaire son: Las escalas E (extraversión) y P (psicoticismo) presentan correlaciones superiores con la Escala de Búsqueda de Sensaciones que la escala N (Neuroticismo).

INVENTARIO DE HOSTILIDAD DE BUSS-DURKEE.

El Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee, (1997) es el instrumento más ampliamente utilizado para valorar la agresividad. En España ha sido adaptado por Oquendo y cols., (2001).

Es un inventario autoadministrado de 75 ítems con respuesta SI-NO (cada respuesta afirmativa es 1 punto y cada negativa 0). Las cuestiones se pueden agrupar en 8 escalas: Violencia, Hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, celos, hostilidad verbal y culpabilidad.

Proporciona una puntuación total, que es la suma de todos los ítems y las de las 8 escalas.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad test-retest de ,92.

Validez: En la adaptación española se demostró una buena validez del inventario como un todo, pero algunas subescalas mostraron algún déficit semántico, respecto al original.

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE.

El International Personality Disorders Examination IPDE- (Loranger, 1994): Es una entrevista semiestructurada, cuyo propósito es identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios diagnósticos de los distintos TP según criterios DSM-IV y/o CIE-10. Se explora la manera de ser habitual del paciente en las siguientes 6 áreas: trabajo, Yo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y control de los impulsos.

Este cuestionario cuenta además con un breve Cuestionario de Evaluación IPDE autoaplicado, de screening, en el que mediante preguntas de respuesta dicotómica (verdadero - falso) el paciente describe su conducta habitual en los últimos 5 años. Este breve cuestionario de screening proporciona al entrevistador una rápida información acerca de qué TP es probable que esté presente y, a continuación la administración del módulo completo del IPDE permitiría confirmar o descartar el diagnóstico de screening lo que le proporciona una adecuada fiabilidad y validez.

CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG.

Uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la autoestima global es

la Escala de Autoestima de Rosenberg EAR, (Rosenberg, 1989). En nuestro país, aunque esta escala es ampliamente utilizada, tras los estudios de Baños y Guillén (2000).

TRASTORNOS SOCIO-FAMILIARES. ESCALA DE APOYO SOCIAL Y ESTRÉS DE DUKE.

La escala de apoyo social y estrés de Duke, fue diseñada por Parkenson en 1992. Explora las relaciones familiares y no familiares, en términos de apoyo social percibido y estrés soportado. Las relaciones entre estrés, apoyo social y salud han sido estudiadas por este autor, enfatizando el papel que los miembros familiares juegan en este proceso.

Se trata de un instrumento autoadministrado. 12 ítems exploran apoyo percibido y otros 12 estrés soportado.

Se pueden obtener varias puntuaciones: apoyo familiar, estrés familiar, apoyo no familiar, estrés no familiar, apoyo total y estrés total.

Interpretación.

Las puntuaciones de las distintas escalas oscilan entre 0 y 1. A mayor puntuación mayor estrés soportado o apoyo percibido.

Se trata de un instrumento innovador y, hasta cierto punto, provocativo, al combinar apoyo y estrés.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: La fiabilidad test-retest para apoyo familiar es de 0.76, para apoyo no familiar de 0.67, para estrés no familiar de 0.68 pero sólo de 0.40 para estrés familiar. En

otro estudio, sin embargo, fue menor el valor de este coeficiente para estrés no familiar que para familiar.

Validez: La validez del cuestionario ha sido estudiada en varios trabajos comparándose con otros instrumentos, mostrando en general buenas correlaciones con ellos, si bien en ocasiones se obtuvieron resultados dispares.

ÍNDICE DE SUCESOS VITALES.

En España, en 1983, González de Rivera y Morera, diseñaron en castellano y adaptado a nuestro entorno cultural, un cuestionario de sucesos vitales tomando como modelo el SRRS de Holmes y Rahe y el Life Events Inventory de Cochrane y Robertson. Dicho elemento consta de 61 ítems que administraron a una muestra de 397 tinerfeños que fueron los encargados de otorgar a cada ítem un peso específico mediante las UCV.

La SRRS puede ser llevada a cabo mediante entrevista o autoadministrada. Se pregunta al paciente si se ha pasado, en los últimos 12 meses, por alguna de las 43 situaciones que se enumeran. Cada una estas tienen un valor específico, en unidades, que se representa a su derecha.

Interpretación.

Se trata de un instrumento, sencillo y fácil de aplicar.

Los resultados de la evaluación vienen expresados en número de eventos registrados Índice de Sucesos Vitales (ISV).

Una puntuación mayor de 300 constituyen un grupo de alto riesgo, con un 80% de

probabilidad de sufrir alguna enfermedad en un futuro próximo; en el grupo de personas con una puntuación entre 300 y 150, el riesgo es aproximadamente del 50%; el grupo de bajo riesgo (30%) corresponde a las personas con una puntuación menor de 150.

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: Diferentes estudios muestran una adecuada fiabilidad test-retest que oscila entre 0.82 a 0.85.

Validez: Los diferentes estudios acumulados en los últimos años muestran una correlación estadísticamente significativa entre los valores del SLCQ y distress psicológico general.

VALORACIÓN DEL ESCENARIO. CARACTERÍSTICAS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESCENARIO:

Es un breve cuestionario que deja constancia de la existencia de datos documentales, notas u otros objetos dejados propositivamente por el occiso.

Que aportan datos significativos a la hora de dejar constancia de sus deseos y medidas respecto a las circunstancias que rodean la muerte.

3.4.4. Variables.

Variable criterio: Muertes por suicidio, homicidios y por accidentes

Variables dependientes: Las variables específicas del instrumento como pueden ser

Trastornos del humor, escalas de riesgo e intencionalidad suicida, trastornos socio familiares, escenario de los hechos específicos, autoestima, depresión, ansiedad, estrés, apoyo social, personalidad dependiente, drogas, alcohol, impulsividad, búsqueda de sensaciones, hostilidad.

3.4.5. Diseño.

El estudio es de diseño transversal, ya que permite obtener información sobre aspectos evaluados y describir las relaciones existentes entre un conjunto de variables en un momento determinado.

La variable utilizada como criterio son de selección, al no haberse manipulado, dado que se ha utilizado de muestras naturales.

El diseño es por lo tanto univariado - multivariado, y se trata de un diseño de un grupo de medida única.

3.5. Resultados.

3.5.1. Pruebas t.

La tabla 2 presenta las muestras independientes obtenidas a través de las pruebas t donde se comparan los autoinformes de los grupos de tentativa de suicidio y los autoinformes de familiares de primer grado de suicidas.

Tabla 2.: Autoinformes de tentativa de suicidio y familiares de suicidas

	<i>t</i>	<i>p</i>	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media Familiar primer g. de suicidas	Desviación típ. Familiar primer g. de suicidas
Deterioro cognitivo	.287	.775	53.77	34.30	52.33	32.92
Alcohol cantidad y frecuencia inadecuada	-.947	.345	5.36	3.59	5.86	3.49
Alcohol dependencia	-.324	.746	5.46	3.67	5.63	3.20
Alcohol reacciones adversas	1.212	.227	11.96	6.45	10.76	6.82

	t	p	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media Familiar primer g. de suicidas	Desviación típ. Familiar primer g. de suicidas
<i>Manía</i>	-1.375	.171	3.83	5.92	5.36	8.76
<i>Depresión</i>	-.041	.967	22.84	15.62	22.93	11.91
<i>Intención Suicida</i>	1.078	.283	12.36	5.75	11.32	7.08
<i>Estrés</i>	.000	1.000	39.63	21.56	39.63	20.59
Impulsividad cognitiva	-1.137	.257	17.66	11.27	19.55	10.97
Impulsividad motora	-1.181	.239	21.30	13.70	23.73	13.94
Impulsividad no planteada	-.920	.359	26.13	16.48	28.36	16.08
Impulsividad total	-1.074	.284	65.10	41.18	71.65	40.65
Búsqueda Emociones	-1.831	.069	3.20	2.61	3.96	2.94
Búsqueda Desinhibición	-1.601	.111	3.46	2.78	4.13	2.80
Búsqueda Aburrimiento	-1.926	.056	4.00	2.77	4.80	2.80
Hostilidad Violencia	.854	.394	.46	1.34	.30	1.27
Hostilidad Total	.241	.810	8.05	4.64	7.90	3.90
Hostilidad Indirecta	-1.811	.072	.50	1.43	1.00	2.18
Hostilidad Irritabilidad	1.370	.172	3.40	4.15	2.63	3.28

	t	p	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media Familiar primer g. de suicidas	Desviación típ. Familiar primer g. de suicidas
Hostilidad Resentimiento	.472	.638	.36	.95	.30	.94
Hostilidad Negativa	2.176	.031	1.03	1.88	.50	1.36
Hostilidad Recelos	.144	.886	.46	1.86	.43	1.15
Hostilidad Culpabilidad	.608	.544	1.62	2.81	1.36	2.79
Personalidad Antisocial	-1.348	.179	.23	.96	.43	1.02
Personalidad Dependiente	.682	.496	.93	2.30	.73	1.55
Personalidad Esquizoide	-.434	.664	.50	1.03	.56	1.02
Personalidad Limite	.523	.601	1.89	2.60	1.70	2.26
Personalidad Narcisista	1.210	.228	1.93	3.37	1.40	2.47
Personalidad Obsesivo Compulsivo	-.200	.842	.26	1.27	.30	.94
Personalidad Paranoide	.426	.670	.70	1.24	.63	.79
Autoestima	.758	.449	21.50	2.96	21.20	2.29
Socio Familiar Estrés	-.116	.908	9.70	9.65	9.86	9.68
Socio Familiar Apoyo	.602	.548	4.46	6.04	3.90	6.57
Sucesos Vitales	-1.749	.082	355.98	191.22	407.56	204.27

N= 180. g.l.= 178

Como muestra la tabla 2, no existen diferencias significativas entre ambos grupos excepto para la variable *hostilidad negativa* ($t(178)=2,17; p<,05$). Lo que nos indica que los resultados obtenidos al compara los autoinformes de los grupos de tentativa de suicidio y los autoinformes de familiares de primer grado de suicidas, han resultado homogéneos, como se esperaba.

En la tercera tabla se muestran las Pruebas t de muestras relacionadas (medidas repetidas) comparando los autoinformes de los grupos de tentativa de suicidio y los autoinformes de sus propios familiares, en esta tabla tambien se esperaba que no existiesen diferencias, dado que la homogeneidad de resultados confirman nuestras hipotesis.

Tabla 3: Comparación del grupo de tentativa de suicidio y sus propios familiares.

	<i>t</i>	<i>p</i>	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media Familiar. típ. Familiar	Desviación típ. Familiar
Alcohol cantidad y frecuencia inadecuada	1.523	.131	5.36	3.59	5.01	3.47
Alcohol dependencia	.305	.761	5.46	3.69	5.35	3.53
Alcohol reacciones adversas	-.146	.884	11.85	6.39	11.93	6.65

	t	p	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media Familiar.	Desviación típ. Familiar
Riesgo Suicida	-1.424	.158	9.16	2.17	9.38	2.92
Impulsividad cognitiva	-1.195	.235	17.66	11.27	17.81	11.89
Impulsividad motora	-.735	.464	21.30	13.70	21.40	14.45
Hostilidad Indirecta	-.331	.742	.50	1.43	.51	1.63
Hostilidad Verbal	1.769	.080	.17	.38	.10	.36
Hostilidad Resentimiento	.653	.515	.36	.95	.33	.93
Hostilidad Recelos	1.552	.124	.46	1.86	.37	1.80
Personalidad Esquizoide	-.784	.435	.50	1.03	.54	.95
Personalidad Limite	.445	.657	1.89	2.60	1.85	2.45
Personalidad Narcisista	1.938	.056	1.93	3.37	1.79	3.11
Personalidad Paranoide	.696	.488	.70	1.24	.67	1.19

N= 90. g.l.= 89

Como muestra la tabla 3, tampoco podemos describir como reveladoras las diferencias en las variables que se muestran entre los grupos, lo cuál apoya las expectativas para las variables presentes en la tabla.

En la tabla cuatro se presentan los datos obtenidos de las pruebas t de muestras relacionadas comparando los autoinformes de los grupos de tentativa de homicidio y los autoinformes de sus propios familiares.

Tabla 4: Comparación de tentativa de homicidio y de sus propios familiares.

	<i>t</i>	<i>p</i>	Media intento homicidio	Desviación típ. Intento homicidio	Media Familiar	Desviación típ. Familiar
Deterioro cognitivo	-.597	.553	36.13	21.30	36.23	21.55
Adicción	-.303	.763	9.30	16.78	9.36	16.74
Alcohol cantidad y frecuencia inadecuada	.599	.551	6.83	3.07	6.71	3.05
Alcohol reacciones adversas	-1.358	.180	13.53	4.61	14.08	4.24
Manía	-.629	.532	9.03	11.13	9.10	11.10
Depresión	.441	.661	10.37	12.61	10.26	12.87
Riesgo Suicida	1.156	.252	3.80	2.50	3.61	2.62
Estrés	-.888	.378	34.80	20.72	35.07	21.39
Impulsividad cognitiva	-.942	.350	11.23	9.50	11.36	9.21
Impulsividad motora	.863	.392	14.10	11.17	13.94	11.01
Impulsividad total	1.814	.075	43.56	34.89	42.62	32.64
Búsqueda Sensaciones	-.116	.908	11.10	10.84	11.13	10.69
Búsqueda Emociones	.000	1.000	2.36	2.98	2.36	2.98

	<i>t</i>	<i>p</i>	Media intento homicidio	Desviación típ. Intento homicidio	Media Familiar	Desviación típ. Familiar
Búsqueda Desinhibición	-.184	.854	3.00	3.01	3.03	2.85
Búsqueda Aburrimiento	-1.715	.092	2.93	2.76	3.18	2.76
Hostilidad Violencia	-1.182	.242	.70	2.01	.86	1.77
Hostilidad Indirecta	.753	.454	.70	2.13	.63	1.76
Hostilidad Verbal	.000	1.000	1.63	3.23	1.63	2.73
Hostilidad Resentimiento	-.207	.837	.66	1.79	.68	1.59
Hostilidad Negativa	-1.516	.135	.26	.93	.36	.84
Hostilidad Recelos	-1.069	.290	.96	2.15	1.08	1.73
Hostilidad Culpabilidad	.306	.760	2.80	3.23	2.76	3.04
Personalidad Antisocial	.256	.799	1.30	1.91	1.28	1.95
Personalidad Dependiente	1.267	.210	2.30	2.84	2.15	2.56
Personalidad Esquizotípico	1.823	.073	.26	.44	.13	.34
Personalidad Histriónico	.851	.398	.73	1.72	.66	1.51
Personalidad Limite	-.423	.673	.60	1.77	.63	1.51
Personalidad Narcisista	-.574	.568	.60	.71	.65	.70
P. Obsesivo Compulsivo	-.942	.350	.20	.40	.26	.48
Personalidad Paranoide	.531	.597	.66	1.31	.63	1.28

	<i>t</i>	<i>p</i>	Media intento homicidio	Desviación típ. Intento homicidio	Media Familiar	Desviación típ. Familiar
Autoestima	-.587	.560	21.73	2.28	21.80	2.34
Socio Familiar Estrés	-.505	.616	10.86	8.66	10.93	8.37
Socio Familiar Apoyo	.477	.635	3.80	6.19	3.75	6.07
Sucesos Vitales	.777	.440	208.06	126.43	201.23	121.57

N= 60. g.l.= 59

Como muestra la tabla 4, las diferencias tampoco son relevantes entre estos grupos donde se muestran los resultados del grupo de tentativa de homicidio y los autoinformes de sus propios familiares.

Los datos de las Pruebas t que se muestran a continuación corresponden a la tabla quinta donde las muestras relacionadas comparan los autoinformes del grupo de tentativa de suicidio y los autoinformes de sus familiares de primer grado únicamente dado que es el grupo que destaca respecto a los de las otras categorías.

Tabla 5 :Comparación del grupo de tentativa de suicidio y familiares.

	<i>t</i>	<i>p</i>	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media Su familiar primer g.	Desviación típ. Su familiar primer g.
Alcohol cantidad y frecuencia inadecuada	2.010	.053	5.57	3.36	4.87	3.55
Alcohol dependencia	.666	.510	5.42	3.49	5.03	3.54
Alcohol reacciones adversas	-.457	.651	12.15	5.96	12.43	6.69
Riesgo Suicida	-1.420	.165	9.33	2.20	9.71	2.97
Impulsividad cognitiva	-1.620	.115	18.69	11.29	19.00	12.08
Impulsividad motora	-.845	.404	22.51	13.43	22.69	14.32
Impulsividad no planteada	1.370	.180	27.48	16.32	27.00	15.93
Impulsividad total	.000	1.000	68.69	40.78	68.69	42.06
Hostilidad Violencia	1.437	.160	.48	1.32	.36	1.27
Hostilidad Indirecta	-.965	.342	.48	1.39	.54	1.54
Hostilidad Resentimiento	.702	.488	.39	.93	.33	.81
Hostilidad Negativa	1.538	.134	1.06	1.90	.90	1.64
Hostilidad Recelos	.751	.458	.42	1.80	.36	1.74
Personalidad Esquizoide	-1.146	.260	.54	1.09	.67	1.02

	t	p	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media Su familiar primer g.	Desviación típ. Su familiar primer g.
Personalidad Evitación	-.989	.330	.45	.50	.55	.75
Personalidad Limite	.015	.988	2.02	2.73	2.02	2.63
Personalidad Narcisista	2.106	.043	1.75	3.29	1.65	3.16
Personalidad Obsesivo Compulsivo	-1.437	.160	.03	.17	.21	.73
Personalidad Paranoide	.153	.879	.81	1.42	.80	1.27
Autoestima	1.542	.133	21.54	2.77	21.21	2.79
Socio Familiar Apoyo	.961	.344	4.60	6.22	4.45	6.12

N= 33. g.l.= 32

Como muestra la tabla 5, no existen diferencias significativas entre ambos grupos en la variables donde se muestran los resultados de los grupos de tentativa de suicidio y los autoinformes de sus familiares de primer grado

La tabla número seis presenta las pruebas t de muestras relacionadas comparando los autoinformes del grupo de tentativa de suicidio y los autoinformes de los respondientes que los veían con una frecuencia diaria dado que es la variable que más destaca.

Tabla 6 :Tentativa de suicidio y respondientes de frecuencia diaria.

	<i>t</i>	<i>p</i>	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media los que se veían con frecuencia	Desviación típ. los que veían con frecuencia
Adicción	-1.592	.118	4.20	10.87	4.39	11.27
Alcohol cantidad y frecuencia inadecuada	.846	.402	5.33	3.81	5.04	3.51
Alcohol dependencia	1.212	.232	6.10	3.85	5.53	3.48
Alcohol reacciones adversas	.443	.660	12.29	6.39	12.00	6.82
Manía	1.543	.129	4.33	6.16	4.06	5.65
Depresión	1.754	.086	22.84	15.68	21.85	15.01
Riesgo Suicida	-1.351	.183	9.22	2.29	9.53	2.83
Impulsividad cognitiva	-1.532	.132	17.97	11.29	18.20	12.00
Impulsividad motora	.125	.901	21.81	13.86	21.79	14.63
Hostilidad Indirecta	-.596	.554	.52	1.51	.55	1.78
Hostilidad Verbal	.728	.470	.17	.38	.13	.41
Hostilidad Resentimiento	.903	.371	.31	.80	.25	.72
Hostilidad Recelos	.327	.745	.31	1.50	.29	1.45

	t	p	Media suicida en tentativa	Desviación típ. suicida en tentativa	Media los que se veían con frecuencia	Desviación típ. los que veían con frecuencia
Personalidad Esquizoide	-1.142	.259	.54	1.07	.66	1.02
Personalidad Evitación	-1.617	.113	.43	.50	.54	.68
Personalidad Limite	-.104	.918	1.74	2.53	1.75	2.48
Personalidad Narcisista	.294	.770	1.87	3.38	1.84	3.19
Personalidad Paranoide	.227	.821	.66	1.22	.65	1.13
Socio Familiar Apoyo	1.432	.159	4.35	5.84	4.13	6.10
Sucesos Vitales	2.251	.029	350.85	201.23	328.25	171.26

N= 48. g.l.= 47

Como muestra la tabla 6, no existen diferencias significativas entre el grupo de tentativa de suicidio y los autoinformes del grupo de respondientes que se veían con frecuencia diaria.

A partir de aquí vamos a presentar tablas comparando los distintos grupos, en la siguiente tabla vamos a ver la comparación entre el grupo con intento de suicidio y el grupo de intento de homicidio.

Tabla 7. La tentativa de suicidio comparada con intento de homicidio.

	t	p	Media intento de homicidio	Desviación típ. intento de homicidiosuicidio	Media intento de suicidio	Desviación típ. intento de suicidio
Deterioro cognitivo	-4.147	.000	36.13	21.24	53.77	34.30
Adicción	1.978	.049	9.30	16.73	5.00	12.05
Alcohol cantidad y frecuencia inadecuada	2.947	.004	6.83	3.06	5.36	3.59
Manía	3.920	.000	9.03	11.10	3.83	5.92
Depresión	-5.899	.000	10.37	12.57	22.84	15.62
Riesgo Suicida	-15.383	.000	3.80	2.49	9.16	2.17
Intención Suicida	-6.688	.000	7.76	3.06	12.36	5.75
Impulsividad cognitiva	-4.143	.000	11.23	9.47	17.66	11.27
Impulsividad motora	-3.867	.000	14.10	11.14	21.30	13.70
Impulsividad no planteada	-3.402	.001	18.23	14.61	26.13	16.48
Impulsividad total	-3.789	.000	43.56	34.79	65.10	41.18
Búsqueda Sensaciones	-2.197	.029	11.10	10.81	14.31	8.67
Búsqueda Emociones	-2.014	.046	2.36	2.97	3.20	2.61
Búsqueda Excitación	-2.154	.033	2.80	2.61	3.63	2.57
Búsqueda Aburrimiento	-2.587	.010	2.93	2.75	4.00	2.77
Hostilidad Irritabilidad	-6.480	.000	.53	.62	3.40	4.15
Hostilidad Verbal	4.265	.000	1.63	3.22	.17	.38

	t	p	Media intento de homicidio	Desviación típ. intento de homicidiosuicidio	Media intento de suicidio	Desviación típ. intento de suicidio
Hostilidad Negativa	-3.463	.001	.26	.93	1.03	1.88
Hostilidad Culpabilidad	2.611	.010	2.80	3.22	1.62	2.81
Personalidad Antisocial	4.732	.000	1.30	1.91	.23	.96
Personalidad Dependiente	3.548	.000	2.30	2.83	.93	2.30
Personalidad Esquizoide	-3.534	.001	.10	.30	.50	1.03
Personalidad Esquizotípico	5.689	.000	.26	.44	.00	.00
Personalidad Histriónica	3.838	.000	.73	1.72	.03	.18
Personalidad Limite	-3.886	.000	.60	1.77	1.89	2.60
Personalidad Narcisista	-3.667	.000	.60	.71	1.93	3.37
Sucesos Vitales	-6.126	.000	208.06	126.07	355.98	191.22

N= 180. g.l.= 178

Como muestra la tabla 7, el perfil del grupo de tentativa de homicidio da grandes diferencias significativas con el grupo de tentativa de suicidio como en variables relativas al deterioro cognitivo ($t(178)=4.147;p>.01$).

Dónde los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más baja en la media del grupo de tentativa de suicidio ($M=36.13$ vs. $M=53.77$). Con relación a la adicción ($t(178)=1.978;p>.05$).

Los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más alta en la media del grupo de tentativa de suicidio ($M=9.300$ vs. $M=5.000$). Alcohol cantidad y frecuencia inadecuada ($t(178)=2.947; p>.01$).

Dónde los participantes en tentativa de homicidio asignan una puntuación mayor en la media del grupo de tentativa de suicidio ($M=6.833$ vs. $M=5.366$). La variable manía ($t(178)=3.920; p>.01$).

Dónde los de tentativa de homicidio asignan una puntuación mayor en la media del grupo de tentativa de suicidio ($M=9.033$ vs. $M=3.833$). La depresión ($t(178)=5.899; p>.01$).

Los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más baja en la media del grupo de tentativa de suicidio ($M=10.372$ vs. $M=22.845$). El riesgo suicida ($t(178)=15.383; p>.01$).

Los participantes en tentativa de homicidio asignan una puntuación más baja en la media del grupo de tentativa de suicidio ($M=3.800$ vs. $M=9.166$). En intención suicida, ($t(178)=6.688; p>.01$).

Dónde los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación menor que en la media que los de intento de suicidio ($M=7.766$ vs. $M=12.366$). En impulsividad cognitiva, ($t(178)=4.143; p>.01$).

Los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación más pequeña que en la media que los de intento de suicidio ($M=11.233$ vs. $M=.666$). El factor de impulsividad motora, ($t(178)=3.867; p>.01$).

El grupo de tentativa de homicidio dan una puntuación menor que en la media que los de intento de suicidio ($M=14.100$ vs. $M=21.300$). En impulsividad no planteada ($t(178)=3.402; p>.01$).

Los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más baja en la media que el grupo de intento de suicidio ($M=18.233$ vs. $M=26.133$). El factor de impulsividad total ($t(178)=3.789; p>.01$).

La variable de impulsividad total presenta en sus medias una diferencia a favor del sujeto en tentativa de suicidio respecto a intento de homicidio ($M=43.566$ vs. $M=65.100$). En búsqueda de sensaciones, ($t(178)=2.197; p>.05$).

Los respondientes en tentativa de homicidio asignan una puntuación más baja en la media que los de intento suicida ($M=11.100$ vs. $M=14.310$). La variable de búsqueda de emociones, ($t(178)=2.014; p>.05$).

Los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más baja que la media intento de suicidio ($M=2.366$ vs. $M=3.207$). En la variable de búsqueda de excitación, ($t(178)=2.154; p>.05$).

Dónde los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación más baja en la media del grupo de intención suicida ($M=2.800$ vs. $M=3.633$). En búsqueda de aburrimiento, ($t(178)=2.587; p>.05$).

Los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación menor en la media que los de tentativa de suicidio ($M=2.933$ vs. $M=4.00$). En hostilidad irritabilidad ($t(178)=6.480; p>.01$).

Los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más baja que la media de intención suicida ($M=.533$ vs. $M=3.401$). En hostilidad verbal ($t(178)=4.265;p>.01$).

Dónde los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más alta que la media de intención suicida ($M=1.633$ vs. $M=.1722$). En la variable de hostilidad negativa, ($t(178)=3.463;p>.01$).

Los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación menor en la media de hostilidad negativa que del grupo de intento de suicidio ($M=.2667$ vs. $M=1.033$). En la variable de hostilidad culpabilidad, ($t(178)=2.611;p>.05$).

Los participantes en tentativa de homicidio dan una puntuación más alta en la media que los suicidas en tentativa ($M=2.800$ vs. $M=1.620$). En personalidad antisocial, ($t(178)=4.732;p>.01$).

Dónde los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación más alta en la media que los de intento de suicidio ($M=1.300$ vs. $M=.233$). En relación a la personalidad dependiente, ($t(178)=3.548;p>.01$).

Los respondientes en tentativa de homicidio asignan una puntuación más alta que la media de intento de suicidio ($M=2.300$ vs. $M=.933$). En personalidad esquizoide, ($t(178)=3.534;p>.01$).

Los respondientes con intento de homicidio asignan una puntuación más baja que los de tentativa de suicidio ($M=.100$ vs. $M=.500$). En personalidad esquizotípica, ($t(178)=5.689;p>.01$).

Los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación más alta que los intento de suicidio (M=.2667 vs. M=.000) La variable de personalidad histriónica, (t(178)=3.838;p>.01).

Los sujetos en tentativa de homicidio asignan una puntuación mayor en la media que los tentativa de suicidio (M=.7333 vs. M=.0333). En el valor de personalidad limite, (t(178)=3.886;p>.01).

Dónde los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación más baja en la media que intento de suicidio (M= .600 vs. M=1.890). En el valor de personalidad Narcisista, (t(178)=3.667;p<..01).

Los sujetos en tentativa de homicidio dan una puntuación más baja en la media que los de intento de suicidio (M= .600 vs. M=1.933). Sucesos vitales (t(178)=6.126;p>.01).

Da en sus medias un valor significativamente mayor en tentativa de homicidio que en el de los sujetos que respondieron sobre la tentativa de suicidio (M= 2.933 vs. M=4.000).

3.5.2. ANOVAs: Tablas y comentarios

Por otra parte se realizaron ANOVA de un factor, este modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable “deterioro cognitivo” ($F(3,356)=6.381$; $p<.01$). En la tabla 8 se muestran las medias obtenidas. La tabla 9 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

La siguiente tabla muestra los estadísticos descriptivos de cada grupo de participantes en “deterioro cognitivo”

Tabla 8: Estadísticos de cada grupo de participantes en “deterioro cognitivo”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	52.33	32.92
Intento de homicidio	90	36.13	21.24
Muerte por accidente	90	48.30	30.11
Intento de suicidio	90	53.77	34.30
Total	360	47.63	30.74

Tabla 9: ANOVA de un factor para “deterioro cognitivo”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-16.20*	.002
Intento de homicidio	Muerte por accidente	-12.16*	.042
	Intento de suicidio	-17.63*	.001

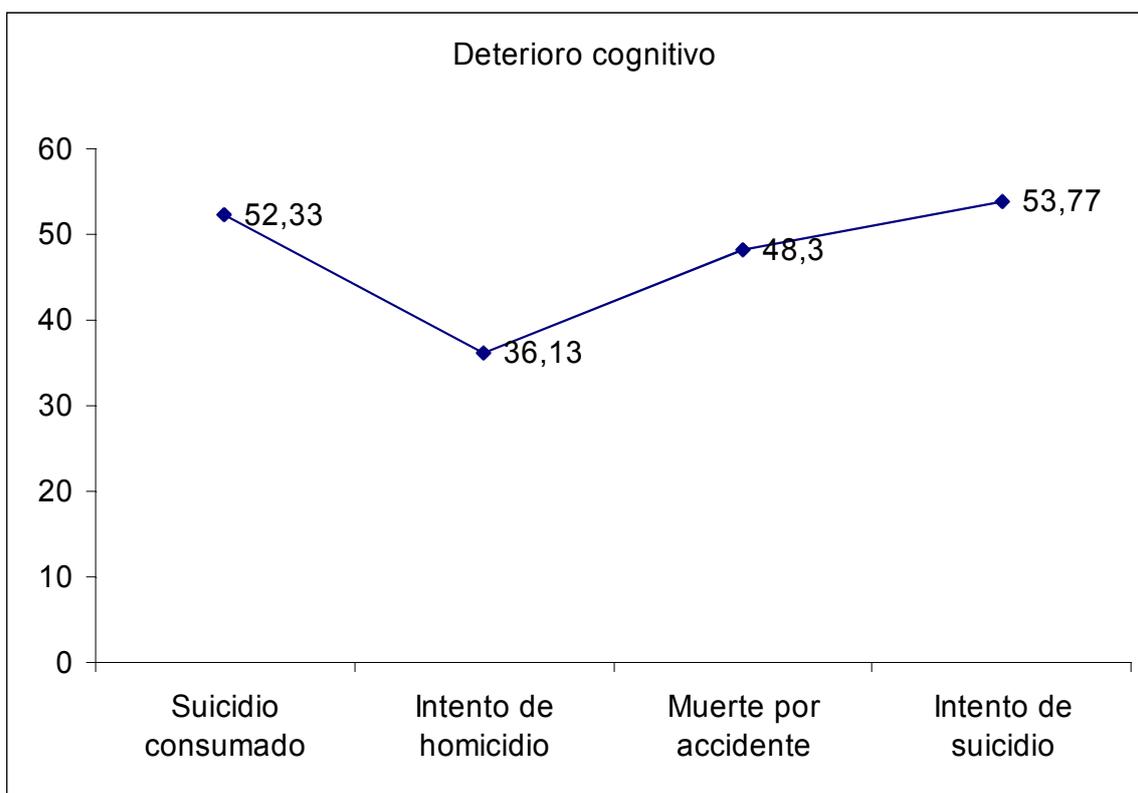


Figura 10 Gráfico de deterioro Cognitivo.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable “Manía ” ($F(3,356)= 20.792; p>.001$). En la tabla 10 se muestran las medias obtenidas. La tabla 11 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de muerte por accidente y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, e intento de suicidio.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de cada grupo de participantes en “Manía”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	5.36	8.76
Intento de homicidio	90	9.03	11.10
Accidente	90	14.76	13.18
Intento de suicidio	90	3.83	5.92
Total	360	8.25	10.91

Tabla 11: ANOVA de un factor para “Manía”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	9.40*	.000
Accidente	Intento de homicidio	5.73*	.001
	Intento de suicidio	10.93*	.000

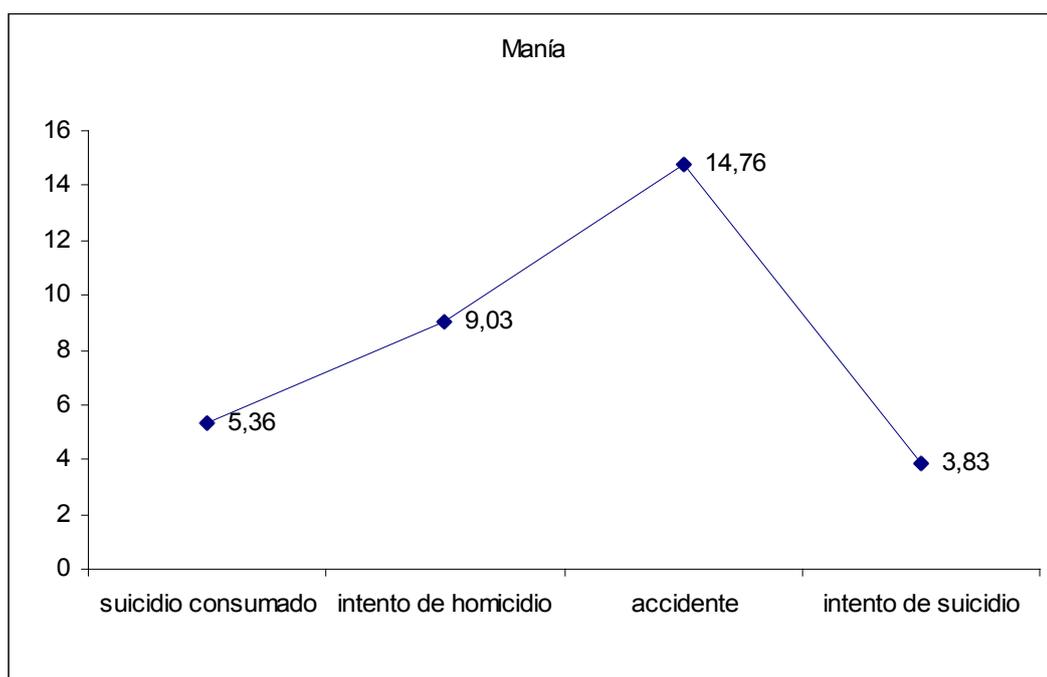


Figura 11 Gráfico de Manía.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Depresión " ($F(3,356)= 23.602; p>.001$). En la tabla 12 se muestran las medias obtenidas. La tabla 13 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de suicidio consumado y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, intento de homicidio, y muerte por accidente.

Tabla 12 Estadísticos descriptivos de cada grupo de participantes en “Depresión”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	22.93	11.91
Intento de homicidio	90	10.37	12.57
Accidente	90	14.38	7.62
Intento de suicidio	90	22.84	15.62
Total	360	17.63	13.38

Tabla 13: ANOVA de un factor para “Depresión”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Intento de homicidio	12.55*	.000
Suicidio consumado	Accidente	8.54*	.000
	intento de suicidio	.08	1.000

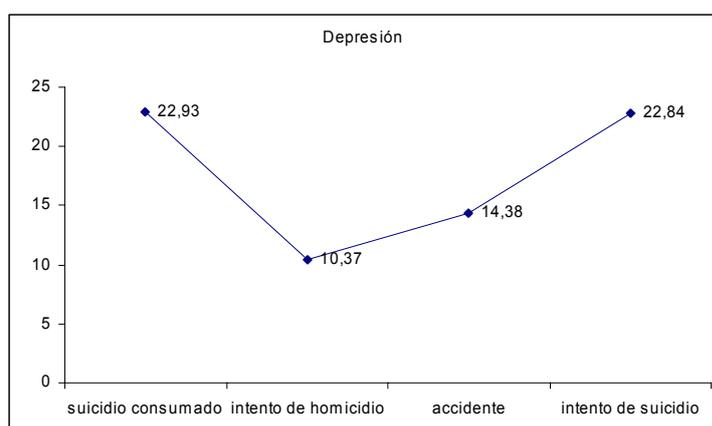


Figura 12 Gráfico de depresión.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Riesgo Suicida " ($F(3,356)= 58.147; p>.001$). En la tabla 14 se muestran las medias obtenidas. La tabla 15 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post - hoc revelan que existen diferencias entre el grupo de suicidio consumado y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, intento de homicidio, y muerte por accidente. Y por otra parte en el grupo de intento de suicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de suicidio consumado, intento de homicidio, y muerte por accidente.

Tabla 14: Estadísticos descriptivos de los participantes en "Riesgo Suicida"

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	7.63	4.04
Intento de homicidio	90	3.80	2.49
Accidente	90	4.33	3.76
Intento de suicidio	90	9.16	2.17
Total	360	6.23	3.91

Tabla 15: ANOVA de un factor para “Riesgo Suicida”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Intento de homicidio	3.83*	.000
Suicidio consumado	Accidente	3.29*	.000
	Intento de suicidio	-1.53*	.009
	Suicidio consumado	1.53*	.009
Intento de suicidio	Intento de homicidio	5.36*	.000
	Accidente	4.83*	.000

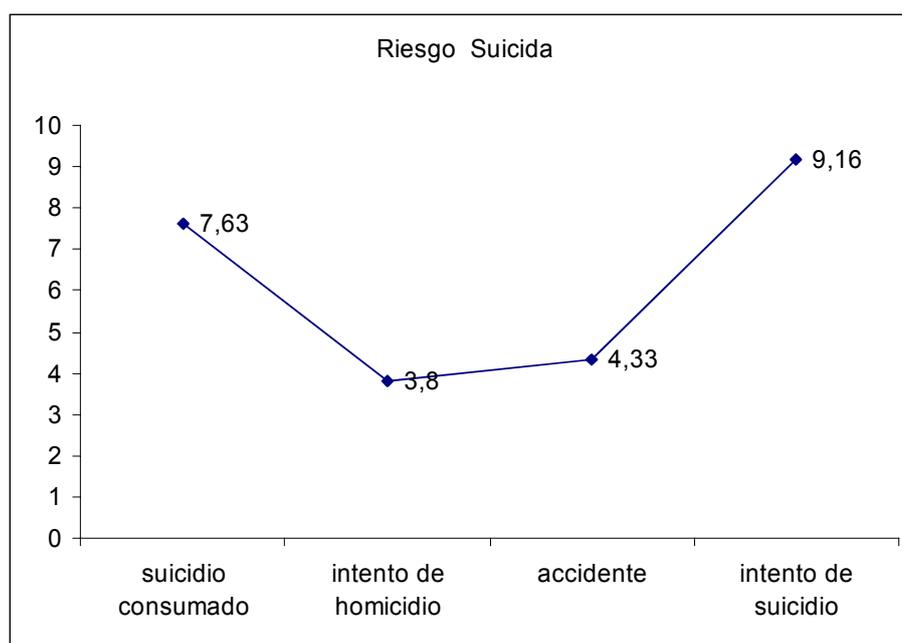


Figura 13 Gráfico de Riesgo Suicida.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Intención Suicida" ($F(3,356)= 10.320$; $p>.001$). En la tabla 16 se muestran las medias obtenidas. La tabla 17 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post - hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

Tabla 16: Estadísticos descriptivos de los participantes en "Intención Suicida"

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	11.32	7.08
Intento de homicidio	90	7.76	3.06
Accidente	90	10.73	6.56
Intento de suicidio	90	12.36	5.75
Total	360	10.54	6.05

Tabla 17: ANOVA de un factor para "Intención Suicida". Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-3.56*	.000
Intento de homicidio	Accidente	-2.96*	.004
	Intento de suicidio	-4.60*	.000

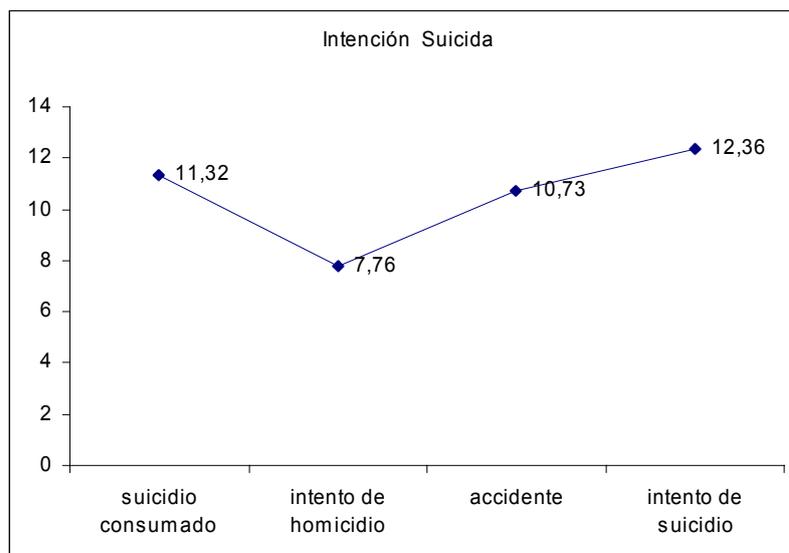


Figura 14 Gráfico de Intención Suicida.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Estrés" ($F(3,356) = 9.182; p > .001$). En la tabla 18 se muestran las medias obtenidas. La tabla 4.19 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de muerte por accidente y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, e intento de homicidio.

Tabla 18: Estadísticos descriptivos de cada grupo de participantes en "Estrés"

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	39.63	20.59
Intento de homicidio	90	34.80	20.66
Accidente	90	25.36	21.38
Intento de suicidio	90	39.63	21.56
Total	360	34.85	21.76

Tabla 19: ANOVA de un factor para “Estrés”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-14.26*	.000
Accidente	Intento de homicidio	-9.43*	.017
	Intento de suicidio	-14.26*	.000

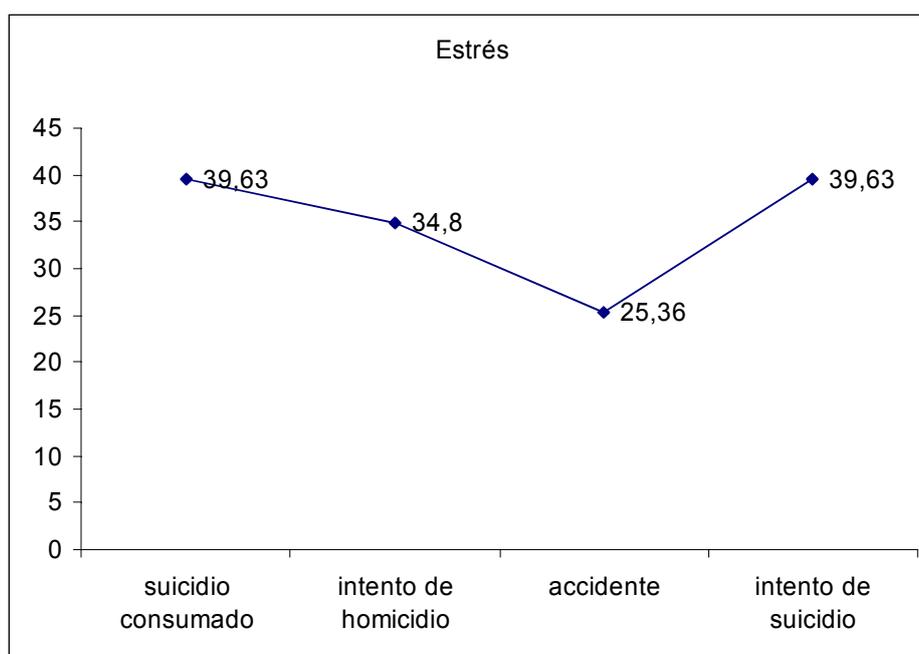


Figura 15 Gráfico de estrés.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable “Impulsividad cognitiva ” ($F(3,356)= 11.310$ $p>.001$). En la tabla 20 se muestran las medias obtenidas. La tabla 21 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post - hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

Tabla 20: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Impulsividad cognitiva”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	19.55	10.97
Intento de homicidio	90	11.23	9.47
Accidente	90	18.53	10.55
Intento de suicidio	90	17.66	11.27
Total	360	16.74	11.04

Tabla 21. ANOVA de un factor para “Impulsividad cognitiva”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-8.31*	.000
Intento de homicidio	Accidente	-7.30*	.000
	Intento de suicidio	-6.43*	.000

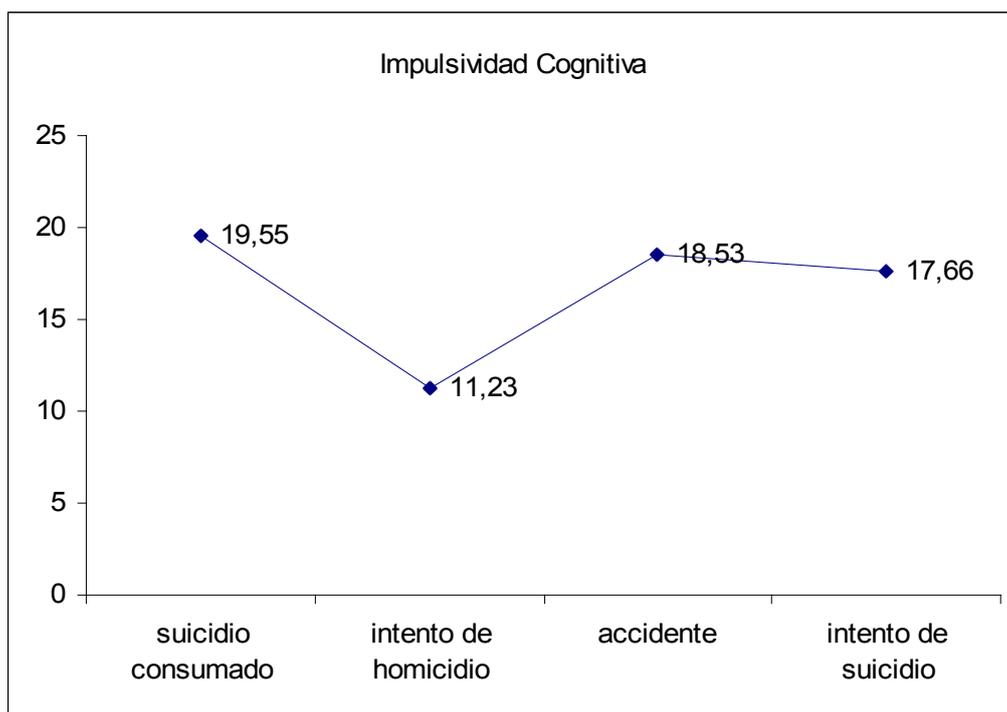


Figura 16 Gráfico de impulsividad cognitiva.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Impulsividad motora " ($F(3,356)= 9.362 p>.001$). En la tabla 22 se muestran las medias obtenidas. La tabla 23 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post - hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

Tabla 22: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Impulsividad motora”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	23.73	13.94
Intento de homicidio	90	14.10	11.14
Accidente	90	22.03	13.73
Intento de suicidio	90	21.30	13.70
Total	360	20.29	13.63

Tabla 23: ANOVA de un factor para “Impulsividad motora”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-9.63*	.000
Intento de homicidio	Accidente	-7.93*	.000
	Intento de suicidio	-7.20*	.002

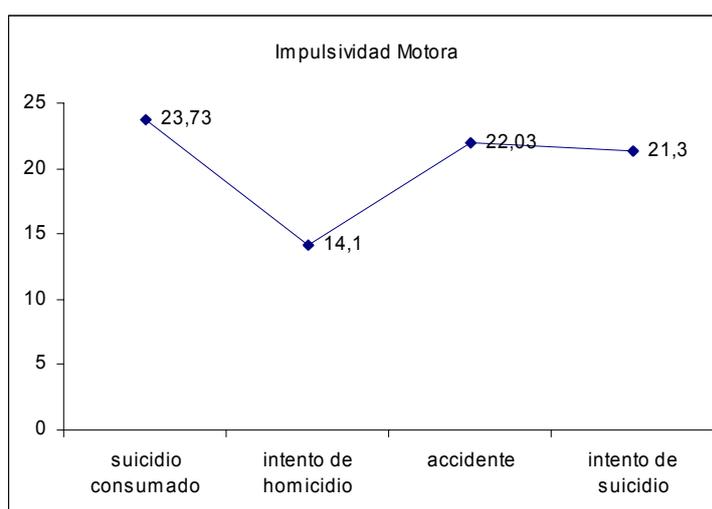


Figura 17 Gráfico de impulsividad motora.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable “Impulsividad no planteada ” ($F(3,356)= 7.376; p>.001$). En la tabla 24 se muestran las medias obtenidas. La tabla 25 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

Tabla 24: Descriptivos de los participantes en “Impulsividad no planteada”

	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	28.36	16.08
Intento de homicidio	90	18.23	14.61
Accidente	90	26.40	15.32
Intento de suicidio	90	26.13	16.48
Total	360	24.78	16.05

Tabla 25 ANOVA de un factor para “Impulsividad no planteada”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-10.13*	.000
Intento de homicidio	Accidente	-8.16*	.003
	Intento de suicidio	-7.90*	.005

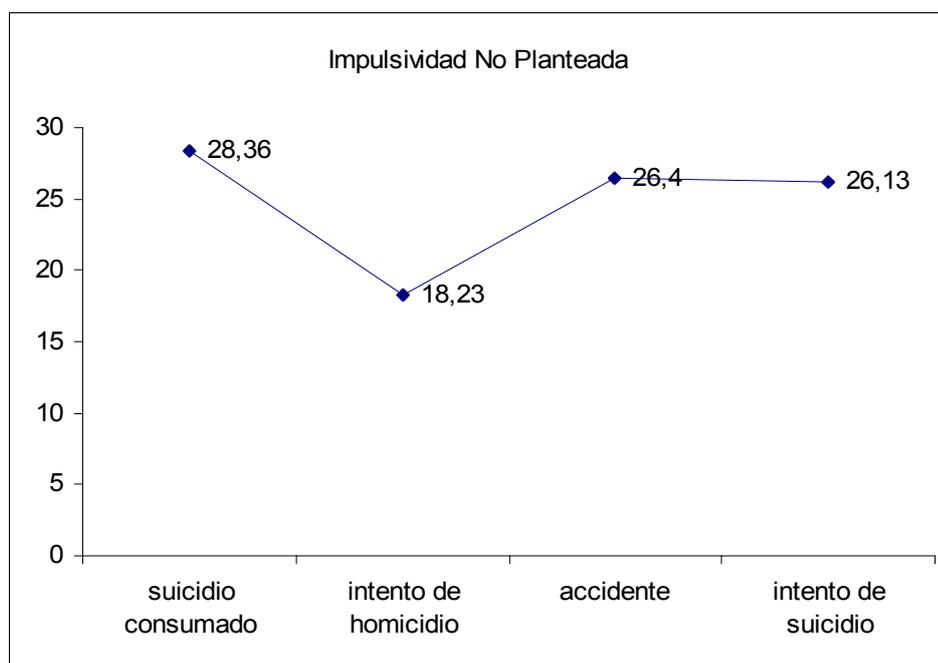


Figura 18 Gráfico de impulsividad no planteada.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Impulsividad total " ($F(3,356)= 9.170$; $p>.001$). En la tabla 26 se muestran las medias obtenidas. La tabla 27 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post - hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

Tabla 26: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Impulsividad total”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	71.65	40.65
Intento de homicidio	90	43.56	34.79
Accidente	90	66.96	39.40
Intento de suicidio	90	65.10	41.18
Total	360	61.82	40.40

Tabla 27: ANOVA de un factor para “Impulsividad total”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-28.08*	.000
Intento de homicidio	Accidente	-23.40*	.000
	Intento de suicidio	-21.53*	.002

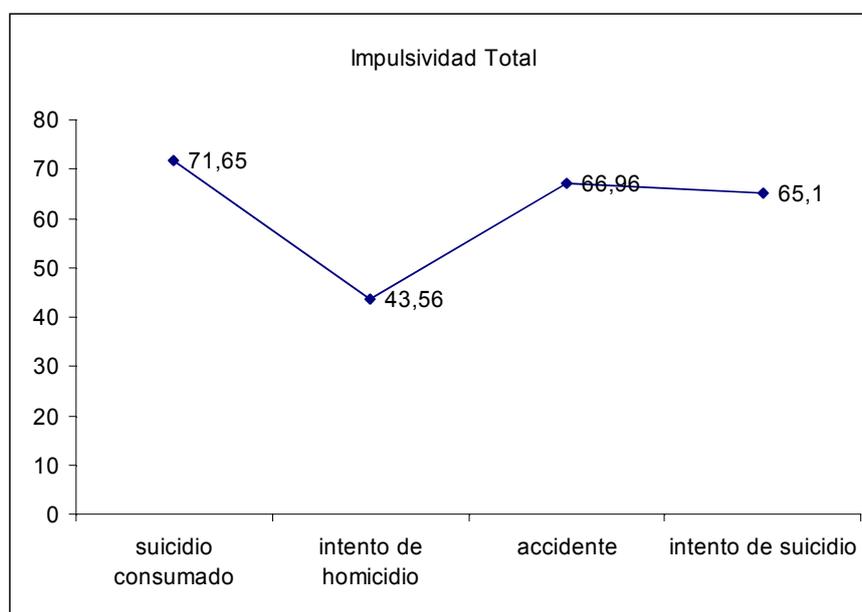


Figura 19 Gráfico de impulsividad total.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable “Hostilidad Violencia ” ($F(3,356)= 6.612$; $p>.001$). En la tabla 28 se muestran las medias obtenidas. La tabla 29 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post - hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de muerte por accidente y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, e intento de homicidio.

Tabla 28: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Hostilidad Violencia”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	.30	1.27
Intento de homicidio	90	.70	2.01
Accidente	90	1.46	2.64
Intento de suicidio	90	.46	1.34
Total	360	.733	1.94

Tabla 29: ANOVA de un factor para “Hostilidad Violencia”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	1.16*	.000
Accidente	Intento de homicidio	.76*	.043
	Intento de suicidio	1.00*	.003

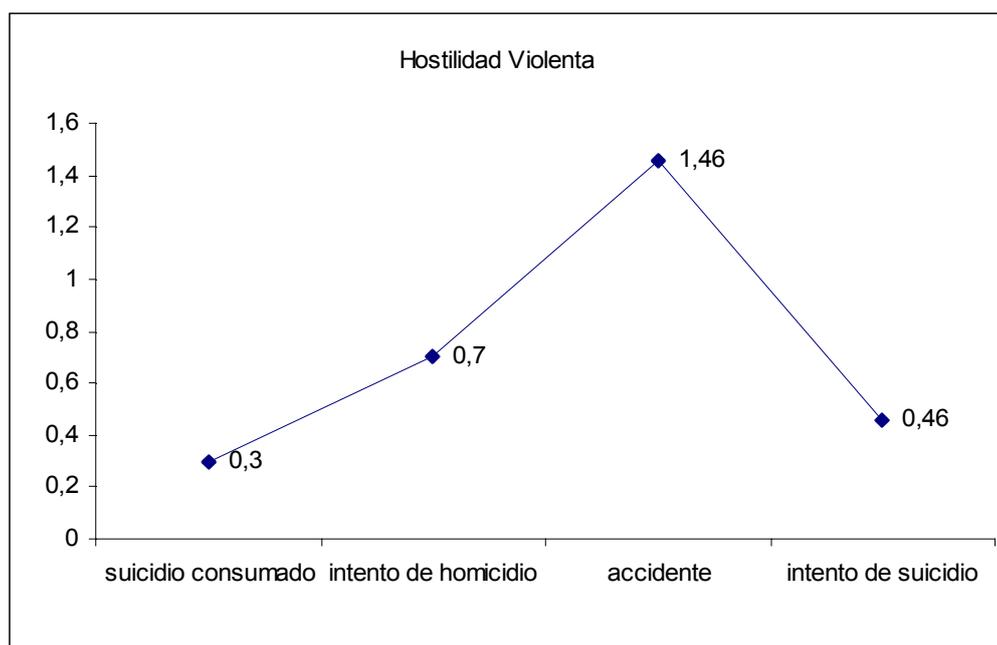


Figura 20 Gráfico de hostilidad violenta.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Hostilidad Irritabilidad " ($F(3,356)= 13.504; p>.001$). En la tabla 30 se muestran las medias obtenidas. La tabla 31 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

Tabla 30: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Hostilidad Irritabilidad”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	2.63	3.28
Intento de homicidio	90	.53	.62
Accidente	90	2.56	3.42
Intento de suicidio	90	3.40	4.15
Total	360	2.28	3.32

Tabla 31 ANOVA de un factor para “Hostilidad Irritabilidad”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	-2.10*	.000
Intento de homicidio	Accidente	-2.03*	.000
	Intento de suicidio	-2.86*	.000

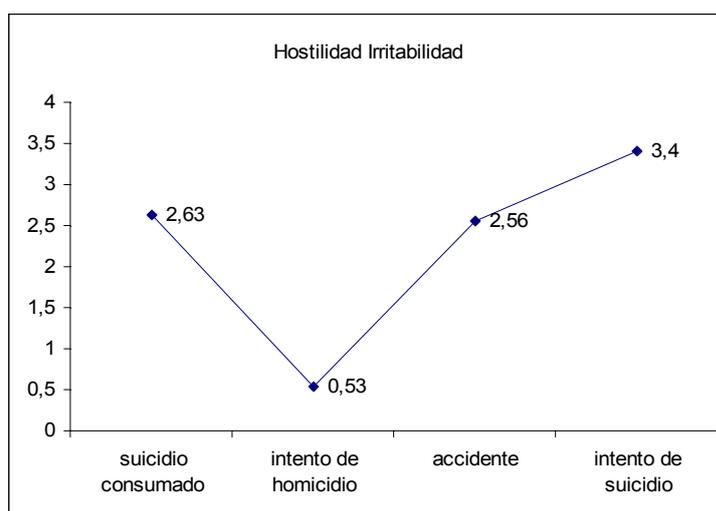


Figura 21 Gráfico de hostilidad irritabilidad.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable “Hostilidad Culpabilidad ” ($F(3,356)= 8.203$; $p>.001$). En la tabla 32 se muestran las medias obtenidas. La tabla 33 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, suicidio consumado, y muerte por accidente.

Tabla 32: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Hostilidad Culpabilidad”

	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	1.36	2.79
Intento de homicidio	90	2.80	3.22
Accidente	90	.86	1.83
Intento de suicidio	90	1.62	2.81
Total	360	1.66	2.79

Tabla 33. ANOVA de un factor para “Hostilidad Culpabilidad”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Suicidio consumado	1.43*	.003
Intento de homicidio	Accidente	1.93*	.000
	Intento de suicidio	1.17*	.023

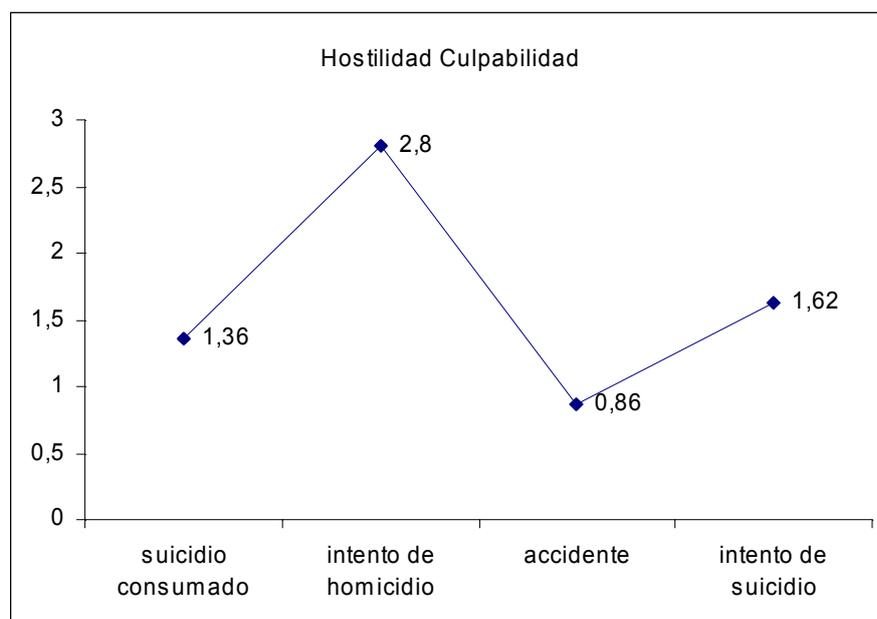


Figura 22 Gráfico de hostilidad culpabilidad.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Personalidad Antisocial " ($F(3,356)= 11.277; p>.001$). En la tabla 34 se muestran las medias obtenidas. La tabla 35 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de suicidio consumado y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, intento de homicidio, y muerte por accidente.

Tabla 34: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Personalidad Antisocial”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	.43	1.02
Intento de homicidio	90	1.30	1.91
Accidente	90	1.10	1.66
Intento de suicidio	90	.23	.96
Total	360	.76	1.51

Tabla 35. ANOVA de un factor para “Personalidad Antisocial”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Intento de homicidio	-.86*	.000
Suicidio consumado	Accidente	-.66*	.013
	Intento de suicidio	.20	1.000

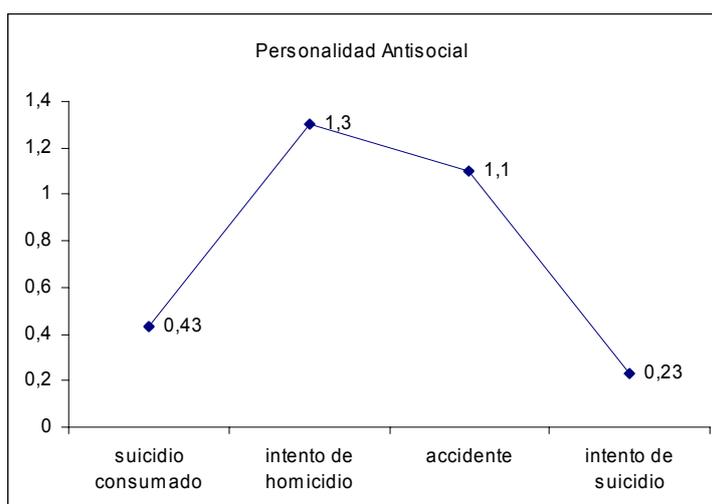


Figura 23 Gráfico de personalidad antisocial.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable “Personalidad Esquizoide ” ($F(3,356)= 8.395$; $p>.001$). En la tabla 36 se muestran las medias obtenidas. La tabla 37 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de suicidio consumado y los demás grupos, no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, intento de homicidio, y muerte por accidente.

Tabla 36: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Personalidad Esquizoide”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	.56	1.02
Intento de homicidio	90	.10	.30
Accidente	90	.16	.37
Intento de suicidio	90	.50	1.03
Total	360	.33	.78

Tabla 37: ANOVA de un factor para “Personalidad Esquizoide”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Intento de homicidio	.46*	.000
Suicidio consumado	Accidente	.40*	.003
	Intento de suicidio	.06	1.000

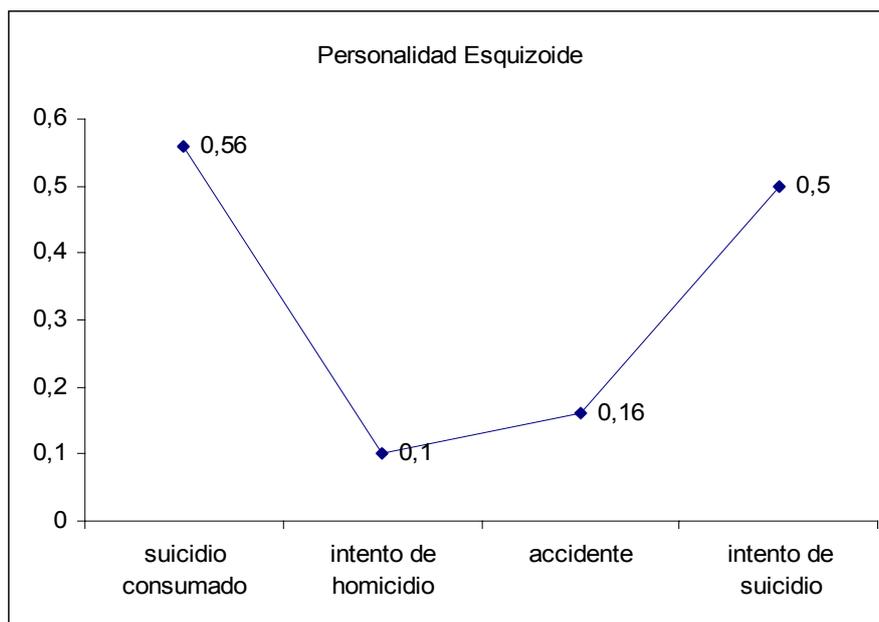


Figura 24 Gráfico de personalidad esquizoide.

El modelo de ANOVA mostró diferencias significativas entre los grupos de participantes en la variable "Sucesos Vitales" ($F(3,356) = 31.328p > .001$). En la tabla 38 se muestran las medias obtenidas. La tabla 39 muestra las diferencias significativas entre grupos tras aplicar los contrastes de Bonferroni. Las pruebas post-hoc revelan que existen diferencias entre el grupo de suicidio consumado y los demás grupos, excepto el de intención suicida no hallándose diferencias significativas entre los grupos de intento de suicidio, muerte por accidente e intento de homicidio.

Tabla 38: Estadísticos descriptivos de los participantes en “Sucesos Vitales”

Grupo	N	Media	Desviación típica
Suicidio consumado	90	407.56	204.27
Intento de homicidio	90	208.06	126.07
Accidente	90	196.63	185.66
Intento de suicidio	90	355.98	191.22
Total	360	292.06	200.79

Tabla 39: ANOVA de un factor para “Sucesos Vitales”. Pruebas post hoc.

Grupo (I)	Grupo (II)	Diferencia de medias (I-II)	Sig.
	Intento de homicidio	199.50*	.000
Suicidio consumado	Accidente	210.93*	.000
	Intento de suicidio	51.58	.327

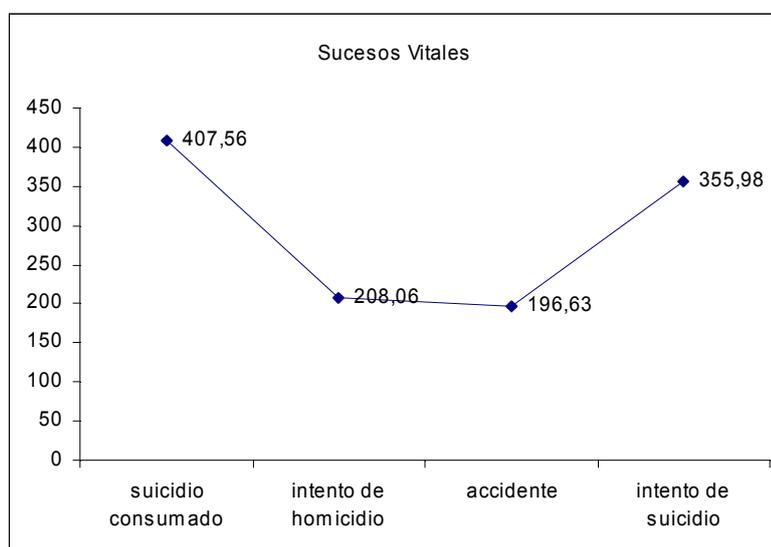


Figura 25 Gráfico de sucesos vitales.

3.6. Conclusiones y Discusión.

Podemos concluir que las hipótesis planteadas se han cumplido dado que los estudios demuestran por una parte que los respondientes son adecuados para dar información retrospectiva indirecta y por otra que existen variables diferenciadoras entre los tres grupos comparado: Suicidio, Intento de Homicidio y accidente.

Las pruebas *t* se realizaron para valorar si las entrevistas retrospectivas indirectas, que realizamos aportaban datos significativos.

Interesaba saber si concretamente esos datos eran fiables a la hora de dar respuesta a nuestras variables y si cualquier respondiente era válido como informante.

Tras el desarrollo del estudio se comprobó que las variables usadas para el estudio no poseían diferencias significativas. El grupo control, que eran sujetos con intentos de suicidio fallidos y sus informantes no muestran diferencias en sus respuestas tras aplicar el Vaap.

Otro aspecto importante a la hora de valorar a los informantes era comprobar que grupo de informantes eran más adecuados para aportar datos significativos respecto al occiso. El grupo de sujetos que veían al occiso con una frecuencia diaria, junto a los familiares de primer grado, fueron los grupos de respondientes que aportaban una información más significativa.

García (2007) describe que la exploración retrospectiva indirecta del estudio de la

personalidad de un fallecido se define como autopsia psicológica. La autora describe esta exploración como un procedimiento científico usado para evaluar al occiso tras su muerte.

A través de la autopsia psicológica se obtienen variables de personalidad que pueden describir y reconstruir el estilo de vida de víctima, describiéndolo como reconstrucción socio psicopatológica postmortem (García, 2007).

Núñez (2001) explica que el método de estas entrevistas retrospectivas deben iniciarse primero con personas allegadas, cercanas al sujeto a investigar. El estudio se debe realizar desde el origen de los hechos, hacia el exterior, de forma que se realicen círculos concéntricos alrededor de la víctima. Es decir se inicia desde los familiares cercanos siguiendo por los vecinos y amigos íntimos, hasta llegar a los compañeros de trabajo o de estudios.

En este estudio retrospectivo indirecto no deben de olvidarse de aquellas personas que lo hayan conocido, tratado o atendido. Aportando las historias clínicas, informes judicial, escritos, grabaciones, cartas de la víctima anteriores a su muerte (Núñez, 2001).

Según este mismo autor la autopsia psicológica a través de la exploración retrospectiva indirecta busca la reconstrucción de las motivaciones, psicodinamia y las crisis existenciales por las que estaba pasando el occiso.

En cuanto al tiempo transcurrido desde la muerte de la víctima hasta la fecha de la investigación de allegados o familiares, en opinión nuestra, se debe realizar entre el 2º y 7º día, ya los datos se olvidan o se los modifica en orden a guardar la memoria del difunto (Núñez, 2001).

Como conclusión indicar que el perfil que mostraron los dos grupos relativos a los de perfil suicida aportaron características similares, sólo en ocho de sus cuarenta y dos factores mostraron diferencias significativas que pudieron ser por la infravaloración en unos casos y la sobrevaloración en otros de la imagen propia y /o de las personas de las que informaban.

Ante este resultado podemos indicar que el grupo control representado por los sujetos que auto informaron sobre sus intentos de suicidio, aportaron un perfil similar a los informantes de aquellos casos que hemos valorado en este estudio de suicidio consumado.

En ambos grupos los resultados obtenidos en las variables de intención suicida y riesgo suicida son elevadas y significativas, lo que indica que los valores que se han obtenido en esta investigación son similares a los de otras investigaciones relacionadas con el tema

Por tanto este trabajo constató que los antecedentes personales y tentativas de suicidio pasadas son uno de los predictores más exactos como refieren los trabajos realizados en el desarrollo de procedimientos de valoración de la conducta o la ideación suicida, (Rettersol y Melum, 2001).

Por tanto la muestra comparada en la tabla 2 entre los auto informes de aquellos sujetos de la muestra que han tenido intentos de suicidio como los familiares de los sujetos que han consumado su suicidio no difieren de forma significativa en la gran mayoría de las variables.

La psiquiatría clásica sobre el suicidio, hace concepciones del suicidio más operativas y útiles a la investigación. Así, las nuevas definiciones del suicidio tratan de incorporar la

intencionalidad del suicida, distinguen entre tentativas y suicidio consumados, y finalmente engloban la conducta suicida dentro del campo más amplio de los comportamientos autodestructivos (Sarró, 1984).

O'Carroll (1996) creó una nomenclatura en la investigación sobre el suicidio, en la que se distinguen tres tipos de conducta suicida: la ideación suicida, las conductas relacionadas con el suicidio y el suicidio consumado, siendo el núcleo de la definición de las conductas suicidas la intención de auto provocarse la muerte.

Los actuales modelos son multifactoriales en los que se integra lo biológico con lo psicológico y se identifican marcadores de rasgo, de vulnerabilidad y de estado.

Si es llamativo ver como las variables depresión y estrés de este grupo si muestran diferencias significativas, lo que puede aportar un dato significativo dentro de la investigación (OMS, 2000).

Dado que las conductas que se manifiestan a través del estrés y los estados depresivos son características, el hecho de que los familiares de primer grado de los sujetos que han logrado suicidarse no los percibieran podría ser indicativo de dos tipos de situaciones. Es un tipo de suicidio inusual donde el occiso no cursó son sintomatología suicida, por otra parte se pudo etiquetar la muerte como suicida en vez de dudosa.

En la tabla tres la conclusión extraída fue que cualquier informante no es adecuado para hablar del perfil del intento de suicidio, sólo en algunas variables se mostró que no existían diferencias significativas entre el informante y el propio sujeto.

En la tabla 3 donde se valora a los sujetos que hemos usado de grupo control,

correspondientes a la tentativa de suicidio con la información que aportan sus propios familiares, descubrimos que las variables relacionadas con el consumo de Alcohol tanto en cantidad y frecuencia, como la dependencia y reacciones adversas se ven de la misma forma. Por lo que en los datos estadísticos no percibimos diferencias significativas.

Junto a las variables de consumo el riesgo y la intención suicida de los dos grupos de esta muestra tampoco presentan diferencias.

Podemos destacar también que perciben los valores de impulsividad y hostilidad similares.

En lo que se refiere a la personalidad ambos grupos describen similares visiones en tendencias esquizoides, límite y narcisista.

En este caso también podemos concluir que la visión de los allegados del grupo de intento de suicidio difieren de los familiares del grupo de suicidio consumado, y diferenciando ambos grupos por la presencia de informes que se caracterizan en la descripción de rasgos puntuales como puede ser el consumo de alcohol o las descripciones de comportamientos hostiles e impulsivas.

Los estudios realizados con pacientes que cursan con ideación suicida se caracterizan por intentos anteriores, enfermedades crónicas, aislamiento social, quiebra económica y/ o sentimental, situaciones vitales, normalmente no conocidos por todos los seres conocidos, solo las personas más allegadas al suicida son conscientes del cambio conductual. Hay que recordar que las causas que provocan la ideación suicida es considerada como vergonzosa y se suele ocultar.

Otros estudios refieren que sujetos no allegados pero profesionales del campo de la salud o orientadores laborales, religiosos, deportivos... Podrían ser conscientes también de este cambio y prever sus deseos suicidas (Fishbain, Bruns, Lewis, Disorbio, Gao, y Meyer, 2011).

En los resultados obtenidos en nuestro estudio hemos obtenido que en algunos casos, que se encontraban diferencias que nos indican que los respondientes a la hora de responder los cuestionarios infravaloraban las variables que usamos en nuestro estudio.

Los resultados que se referían a los rasgos de personalidad aportaban una mayor estabilidad. Esto puede indicar que la infravaloración que aportan los informantes es características de aquellas pruebas en las que se buscan datos más específicos. Las pruebas aplicadas para la valoración de la personalidad, al no centralizarse en un tema concreto se estabilizan aportando una información más descriptiva. Aportando información más estable.

La infravaloración del suicidio es habitual dada la existencia de criterios equívocos sobre el suicidio, estas percepciones deben de tenerse en cuenta para poder obtener información y datos más objetivos sobre estas personas y su entorno (OMS, 2000).

Según Pérez (1996) los criterios infravalorados encontrados en esta investigación son característicos de los estudios realizados con anterioridad donde se refleja que de forma genérica se cree que los sujetos con intención suicida no expresan el deseo de matarse cuando en realidad el ámbito científico nos ha revelado que nueve de cada diez personas que se han intentado suicidar lo han comunicado de forma expresa y clara.

Un criterio popular es la creencia de quien dice que se va a matar posteriormente no lo

hace. Este criterio también es erróneo dado que nuevamente los estudios científicos nos muestran que todo suicida presenta manifestaciones conductuales y verbales su situación.

Otra falsa creencia es la que describe a los suicidas sin intención de morir, lo único que buscan es alardear o llamar la atención. A través de las revisiones bibliográficas sobre los estudios de esta índole se ha encontrado que estos sujetos han fracasado en los mecanismos típicos de adaptación y no encuentran solución excepto infiriéndose su propia muerte. Además en los casos de suicidas generalmente están en una situación ambivalente, con deseos de morir y de vivir al mismo tiempo.

Tras un intento suicida no se corre el riesgo de recaer, es la opinión de los informantes y/o familiares de un suicida, cuando los estadísticos nos indican que entre el 1% y el 2% los sujetos lo logran el primer año después del intento fallido y casi el 20% lo consumarán a lo largo de sus vidas.

En ocasiones los informantes creen que el suicidio no puede ser prevenido, pues es un impulso. Las investigaciones demuestran que el suicida evidencia síntomas que describen lo definido como síndrome pre-suicidio, consiste en sentimientos, cogniciones y conductas desajustadas dirigidas sobre sí mismos.

Los familiares desatienden las llamadas de atención valorando que solo los profesionales pueden prevenir el suicidio. A través de los diversos estudios realizados se ha visto que una escucha activa puede ser un valioso elemento de prevención.

En la tabla cuatro concluimos que los informantes son buenos a la hora de hablar del perfil del intento de homicidio, solo unas pocas variables muestran que existen diferencias

significativas y que por el contrario, treinta y cuatro de las cuarenta y dos de las variables no muestran diferencias significativas, lo que nos indica que los informantes del grupo de tentativa de homicidio son adecuados.

La tabla cuatro mostró los resultados entre los grupos de tentativa de homicidio y sus familiares, nos indican que no hay diferencias significativas en las variables, lo que indica que las variables de la batería son adecuadas para aplicar también los auto informes al grupo de homicidas y allegados.

Las investigaciones existentes diseñadas incluían el estudio de la víctima a través de la autopsia psicológica y el estudio del agresor a través del modelo de autopsia psicológica, reafirmando que la información extraída de los informantes respecto a las víctimas de homicidio es significativa (Rodríguez, 1990).

Los estudios sobre el perfil de la victima tienen en cuenta las condiciones particulares de la vida de la victima (Tocaven, 1993).

También los estudios de Tocaven (1993) hacen una descripción del perfil psicológico obtenido de las 50 víctimas a las que aplicaron la autopsia psicológica donde describen un perfil caracterizado por impulsividad, terquedad, seguridad, positivismo, impulsivo, dominantes y caprichosos, con elevada conflictividad social.

A lo largo de los estudios se verifico que el 33,33% de las víctimas eran consumidoras de bebidas alcohólicas, de estas el 91,42 eran bebedoras problema, con un mayor número de problemas sociales, como violencia domestica, desajustes sociales y laborales (Rodríguez, 1990).

En más del 50 % de las víctimas se definen como provocadoras generando agresiones tanto físicas como verbales valoradas a través de los procesos metodológicos del estudio de la necropsias y de las investigaciones criminológicas, aportando datos significativos que demuestran la provocación de la víctima en el homicidio.

Las relaciones víctima victimario eran afines en más del 70% de las agresiones esclarecidas, predominando los de su ambiente cercano cónyuges, conocidos (Aniyar, 1969).

En la tabla cinco los informantes de la familia de primer grado del grupo de intento de suicidio aportan información valiosa en una gran variedad de variables, lo que nos indican que son buenos a la hora de informar respecto al alcohol, riesgo suicida, la impulsividad, la hostilidad, de algunos rasgos de Personalidad, de la autoestima y al apoyo Socio Familiar.

La percepción de los familiares de primer grado en relación a los sujetos en tentativa de suicidio destaca respecto a los de las otras categorías en la ingesta y frecuencia del consumo.

En los familiares del primer grupo de tentativa de suicidio, muestran que existe una gran relevancia a la variable de Personalidad Narcisista. Además las investigaciones de la patología relacionada con los comportamientos suicidas indican que hay una gran incidencia en trastornos de personalidad. Al igual que los estudios demuestran que la impulsividad es un factor de riesgo de las conductas suicidas, al igual que la irritabilidad, agresividad.

En el estudio de intentos de suicidio tienen se describe una frecuencia en los trastornos de personalidad de tipo límite, narcisista e histriónico, junto a otros factores de riesgo en los

comportamientos suicidas las muestras de depresión, trastornos de conducta, consumo abusivo de sustancias y trastornos de personalidad (Baume y cols. 1997).

Los estudios observan la tendencia a la comorbilidad de los trastornos del eje I con depresión y consumo abusivo de sustancias, y los del eje II con trastorno antisocial de la personalidad, describiendo que la relación de estos ejes con el suicidio de ambos tipos de trastornos sea distinta (Fishbain, Bruns, Lewis, Disorbio, Gao, y Meyer, 2011).

En un reciente estudio en adultos con trastorno límite de la personalidad, la impulsividad se asocia claramente al número de intentos de suicidio que tiene el paciente, señalando los autores el interés de centrar el tratamiento en este rasgo temperamental, cuando existe, como una forma eficaz de prevenir la aparición de intentos de suicidio (Foster, 2011).

En la tabla seis concluimos que los informantes que ven al sujeto de estudio con una frecuencia diaria del grupo de intento de suicidio aportan información valiosa en una gran variedad de variables, lo que nos indican que son buenos a la hora de informar, al igual que los respondientes del grupo de familia de primer grado aportan información valiosa respecto al alcohol, Riesgo Suicida, la impulsividad, la hostilidad, de algunos rasgos de Personalidad, y aspectos socio familiares.

Los estudios sobre suicidas coinciden en que expresan la necesidad de escapar de situaciones dolorosas, la percepción de la falta de futuro de una persona hace valorar la muerte como la única salida. Es un factor de riesgo la sensación de incompreensión y soledad.

También los resultados de este estudio nos indican que la tentativa de suicidio y los auto informes de los respondientes que los veían con una frecuencia diaria muestran que aporta valores muy significativos la variable de sucesos vitales.

Los estudios realizados sobre el intento de suicidio es una forma de pedir ayuda. Un proceso de adaptación inadecuado. Los rasgos más característicos que se pueden ver en el día a día es el insomnio, la sensación de agobio, rabia, frustración, el inicio de una enfermedad psíquica, la pérdida de un ser querido, un desajuste en sus actividades diarias, reclamar la atención de los que están a su alrededor, búsqueda de apoyo, agresividad, dolor físico o enfermedad terminal (Galta, Olsen, y Wik, 2010).

En estos casos las manifestaciones, llamadas de auxilio del suicida pueden ser fácilmente percibidas por los allegados, y es el apoyo a través de la escucha activa de sus manifestaciones y observación de su conducta que genere (Téllez, 2006).

En la tabla siete concluimos que los dos grupos presentan perfiles diferenciados de forma significativa de forma que el perfil de los sujetos en tentativa de homicidio muestra diferencias significativas del perfil de los sujetos con intención suicida.

Cuando hablamos de la tentativa de suicidio y los autoinformes de intento de homicidio para comprobar si existen diferencias entre los respondientes con los que convivían con una frecuencia diaria, dado que es la variable que más destacó.

La tentativa de homicidio presenta grandes diferencias respecto al grupo de tentativa de suicidio. Las Variables deterioro cognitivo; Adicción; Riesgo e intención suicida; Impulsividad cognitiva, no planteada; Búsqueda de sensaciones, emociones, excitación,

aburrimento; Hostilidad verbal, culpabilidad, irritabilidad; Personalidad esquizotípica, narcisista son características de la tentativa de suicidio mientras que las variables como alcohol en sus características de cantidad y frecuencia inadecuada; Manía; Depresión; hostilidad negativa; Personalidad antisocial Dependiente, esquizoide, histriónica, limite..

Los estudios desarrollados en los últimos años indican que aunque las estadísticas muestran que los homicidios de mujeres es impredecible entre el 25%-40% de los casos (Corral, 2009).

Cobo (2009) Indica que actualmente se describe el riesgo que corre la víctima a través del repertorio conductual, la falta de conciencia, lesiones manifiestas, conductas de miedo o de ansiedad, presencia de cambios en el estado de ánimo, baja autoestima, insomnio, somatizaciones, confusión e indecisión emocional, soledad, falta de apoyo social, destaca en el ámbito cognitivo alteraciones en la concentración, presentando además un consumo abusivo de alcohol y drogas.

Según distintos autores, los trastornos que pueden propiciar la violencia doméstica: psicosis o trastornos de conducta, el consumo de alcohol (Echeburua, 1994; Rojas, 1995), paranoia, describiendo con delirio celotípico (Dutton, 1995, Coleman., 1980; Roy, 1982 y Walker, 1986), la depresión (Hammond y Carole, 1997), el trastorno antisocial, paranoico y narcisista (Echeburua, 1994) y el trastorno límite de la personalidad (Dutton, 1995).

Una variable del homicida posee un nivel intelectual y estatus medio/alto, no coincidente con los perfiles característicos de los agresores que normalmente poseen menores marcadores en las variables intelectuales y de status social.

Las variables bajas en status e intelectuales limitan los recursos frente al estrés disminuyendo la aparición de violencia doméstica (Steinmetz, 1977 y Gelles, 1974).

Un estudio de Gil (1970), menos de la mitad de los maltratadores estaba en paro durante el año anterior al incidente, poseían depresión, y percibían conflictos vitales irresolubles.

Hudak y Bailey (2001) las variables celos, autoestima y abuso del alcohol dieron una alta correlación con el homicidio.

Cano y Vivian (2001) indica que las variables depresión, autoestima y asertividad se relacionaban con la violencia doméstica.

Otro estudio indico que las variables características del perfil psicológico del homicida de género daba altos niveles de hostilidad y depresión en un grupo descrito por Sonkin (1985).

Como ya se indico anteriormente las señales suicidas son: pesimismo, desesperanza, soledad, incapacidad, sentimiento de incompetencia, desesperanza, comunicación de las intenciones suicidas además de tener un porcentaje de suicidas que exhiben una conducta más irritable.

Los sujetos menores de 25 años y solteros constituyen la población de mayor riesgo suicida, la falta de trabajo es una variable asociada a la tendencia suicida.

El consumo de alcohol y drogas son variables asociadas al suicidio. Los trastornos afectivos tienen mayor riesgo.

Las áreas de conflicto más afectadas en nuestros suicidas son la familia, la vivienda y la economía.

El perfil psicológico del suicida está dado por impulsividad, reservado, narcisista y terquedad conductual, (García, 1998).

O'Carroll (1996) describe las variables que destacan en personas con tentativa de suicidio Estrés, impulsividad, Hostilidad, consumo excesivo de sustancias psicotrópicas, consumo excesivo de alcohol no habituales, estados maniacos.

Los estudios de García (1990) sobre el perfil psicológico de las víctimas, conforma el carácter de terquedad, impulsividad, optimismo, valentía, dominancia y tendencia caprichosa, que dificultaba las relaciones interpersonales.

Estos estudios de autopsia psicológica en el ámbito del homicidio realizados por García, (1990) describe un perfil de víctima donde predominan las víctimas de 26 a 35 años, y conflictos relacionados con la vivienda, la familia y la economía, con creencias morales.

En el ámbito laboral predomina los sectores primarios del sector servicios, parados seguidos de los jubilados.

García (1990) indica que el perfil de las víctimas se caracteriza, por poseer más factores de riesgo, en el caso de los ancianos y/o jubilados porque presentan menos relaciones sociales y son una fuente económica con pocas posibilidades de defensa.

En el caso de los parados es por la fuente de ingresos ilícita, creándoles una situación de riesgo (García, 1990).

De un 60% a un 80% de las víctimas eran consumidoras de bebidas alcohólicas, produciéndose mayores problemas sociales, en casos de violencia domestica, rechazo socio familiar y aislamiento social.

Se puede concluir que tras los resultados estadísticos realizados a través del ANOVA se muestran diferencias significativas entre los grupos de participantes en las variables de deterioro cognitivo, manía, depresión, riesgo suicida, intención suicida, estrés, impulsividad cognitiva, impulsividad motora, impulsividad no planteada, impulsividad total, hostilidad violencia, hostilidad irritabilidad, hostilidad culpabilidad, personalidad antisocial, personalidad esquizoide y sucesos vitales.

A nivel general el instrumento de medida (VAAP) aporta información significativa y objetiva que permite diferenciar diferencias en los casos de muerte dudosa entre homicidio por violencia de género, accidente y suicidio.

La diferenciación de los casos de muerte dudosa se desarrolla desde el año 1993 a través del instituto de medicina legal de la Habana en donde se incorporaron una técnica validada para poder discriminar la causa de la muerte y con esta técnica valorar igualmente si el/la fallecido/a estaba indefenso o provocó inconscientemente resultado víctima. Esta técnica de autopsia psicológica, tiene valor pericial García, y Rojas (1995).

García (1990) describe como conclusiones derivadas de los estudios del MAPI II que las víctimas de homicidio son susceptibles de estudio a través del método de autopsia psicológica II obteniendo características como:

Las victimas se caracterizaban por ser del sexo masculino, entre 26 y 35 años,

Europeos, jubilados o desempleados, consumidores de alcohol y/o drogas.

El perfil psicológico se caracterizaba por terquedad, impulsividad, seguridad en sí, optimismo, valentía y tendencia a ser dominantes y caprichosos, lo cual les creaba dificultades en sus relaciones interpersonales.

El alcohol es un factor importante en la causa de la muerte dudosa.

Las preferencias sexuales también constituyen un factor victimógeno.

La relación entre víctima y agresor era predominante de cónyuges, amigos y "conocidos".

La provocación constituyó un elemento importante en la victimización, el 50% de las víctimas provocaron (física o verbalmente) al presunto Agresor.

Los fines de semana, así como el vivir solo y en zonas marginales.

El origen socio económico, también resultó relevante en este estudio que las víctimas y sus agresores tenían características socio demográficas y psicopatológicas similares.

Por tanto la prueba de autopsia psicológica es una herramienta que evalúa al occiso después de la muerte, con el objeto de informar como era la víctima antes de la muerte, (Terroba y Saltijeral 1983).

En el proceso de autopsia psicológica desarrollada en Norteamérica reconstruyen el perfil psicobiográfico del fallecido dando un gran énfasis al de vida, personalidad, stress, enfermedad mental y intención suicida, enfatizando los últimos días y horas. Esta información se recoge a través de documentos personales, informes policiales y médicos y

entrevistas con la familia, amigos, compañeros.

El instrumento de medida (VAAP) de forma específica aporta información significativa y objetiva para la resolución de los casos de muerte por suicidio, dado que presentara unos valores más elevados en depresión, personalidad antisocial, personalidad esquizoide, sucesos vitales, riesgo suicida, los estadísticos muestran la existencia de diferencias entre el grupo de suicidio consumado y los demás grupos, por tanto se cumple la hipótesis de que las muertes por suicidio poseen rasgos característicos y diferentes en variables relacionadas con los trastornos del humor, escalas de riesgo e intencionalidad suicida, trastornos socio familiares.

Podemos indicar también que este grupo tiene una media significativa en valores diagnósticos positivos para variables como adicción, depresión, estrés, impulsividad, desinhibición, aburrimiento y sucesos vitales.

El instrumento de medida (VAAP) aportara información significativa y objetiva para la resolución de los casos de muerte por Homicidio derivado de la violencia doméstica, dado que según los estudios realizados en referencia a la variable de deterioro cognitivo, intención suicida, impulsividad cognitiva, impulsividad motora, impulsividad no planteada, impulsividad total, hostilidad irritabilidad y hostilidad culpabilidad, revelan que sólo existen diferencias entre el grupo de intento de homicidio y los demás grupos. Este grupo presentó unos valores elevados en consumo de alcohol, estrés, impulsividad, búsqueda de sensaciones, personalidad dependiente, autoestima y falta de apoyo familiar.

El instrumento de medida (VAAP) aportara información significativa y objetiva para la resolución de los casos de muerte por accidente, dado que presentara unos valores en las

variables de manía, estrés y hostilidad violencia que diferencian entre el grupo de muerte por accidente y los demás grupos. Hallando valores elevados en consumo de alcohol, manía, impulsividad, intención suicida, desinhibición, aburrimento, estrés familiar, con valores altos pero no diagnosticables en personalidad de tipo antisocial, límite y narcisista.

A través de la herramienta desarrollada para identificar la causa de la muerte como la autopsia psicológica se indica que es un método adecuado para investigar los accidentes que pudieran ser atribuidos a causas psicosociales como el estrés, la ansiedad.

La autopsia psicológica se utiliza tanto en los accidentes con o sin resultado de muerte como en los suicidios. Ya en los casos laborales en España se han dictado sentencias que reconocen en ambos países el suicidio de un trabajador como accidente laboral.

La autopsia psicológica informa de las circunstancias mentales que rodean el la muerte de un individuo y que se aplica a muchos eventos, (Jiménez, 2001).

En las revisiones teóricas presentan diferencias las tentativas de suicidios de los suicidios consumados, en los primeros suelen ser llamadas de atención. Verificándose en los resultados que los intentos de suicidio y los suicidios consumados presentan características distintas.

En los estudios realizados sobre suicidio, se describió las diferencias existentes entre intento de suicidio y suicidio consumado, entre otros datos se obtiene que las diferencias son una variable de género, el sexo femenino presenta más intentos suicidas que el sexo masculino coincidiendo con los datos obtenidos por Riera (1992).

Siguiendo nuevamente a Riera (1992) podemos indicar, que en los intentos suicidas la

mayoría de los sujetos son menores de 24 años. Sin embargo, en el suicidio consumado predominan los mayores de 35 años.

Otros estudios destacan el uso de métodos suicidas diferenciados como Pérez (1990), la ingestión de psicofármacos es un método característico de los intentos suicidas, y en los suicidios consumados el ahorcamiento.

Las causas o factores de mayor incidencia en los intentos suicidas son los conflictos de pareja, mientras que los suicidios consumados son provocados por la situación socioeconómica.

Para finalizar indicar también que los estudios de la organización mundial de la salud en el año 1992 aportó información en la que se diferenciaba el intento de suicidio y el suicidio consumado marcando incluso diferencias en la variable época del año, siendo marzo, abril y mayo, donde predominan los intentos de suicidio.

Las nuevas definiciones del suicidio tratan de incorporar la intencionalidad, afinan en la distinción entre tentativas y suicidio consumados, y finalmente engloban la conducta suicida dentro del campo más amplio de los comportamientos autodestructivos (Sarró, 1984).

Las nuevas investigaciones distinguen entre suicidio consumado y tentativa de suicidio, extendiéndose la hipótesis de que los intentos de suicidio tienen una significación psicológica diferente a la de los suicidios consumados (Fawcett, 1997).

Schneider (1975) enfatiza la diferencia entre el suicidio de huida (donde predomina la intención de rehuir con la muerte una situación insoportable) y el suicidio en cortocircuito

(entendido en el marco de una reacción primitiva, como una conducta impulsiva fruto de una excitación aguda).

Otros autores tratan de inscribir al suicidio en el marco más amplio de las conductas que predisponen al sujeto al riesgo del propio estado de salud, y que se configuran en ejes de consciente-inconsciente, voluntaria-involuntaria, activa-pasiva, directa-indirecta, aguda-crónica, etc.

Giner (1982) incluyen conductas de riesgo en las que el sujeto intencionadamente presenta conductas nocivas (incumplimiento terapéutico, auto abandono personal, ...), sin un claro deseo de acabar con su vida.

Mann (1990) Valora la motivación, como una consecuencia de la visión realista de una situación específica, que es comprensible para los observadores imparciales de la comunidad, y no se han visto influidos por trastornos psicológicos o emocionales graves.

Maris (1992) proponen una escala donde recogen la clasificación de las conductas auto agresivas (suicidios completos, intentos no fatales, ideación de suicidio, mixtos o incertidumbre y conducta autodestructiva indirecta) las características del paciente (sexo, edad, raza, estado marital, ocupación) y características de la conducta (certeza, letalidad, intento, circunstancias y método).

Diekstra (1993) aporta criterios operativos para la distinción entre suicidio, parasuicidio y conducta suicida.

El suicidio se define como el resultado mortal donde se conoce que la acción iniciada lleva a la muerte (Diekstra, 1993). Se considera que no es necesaria la intención de morir

para valorarlo como suicidio, el resultado es un efecto a corto plazo. Dentro de estas definiciones y consideraciones se incluye el conocimiento objetivo de los actos suicidios terroristas y sobredosis con sustancias adictivas y se excluyen las “erosiones suicidas” o conductas suicidas indirectas. Se considera también suicidio una situación terminal.

La tentativa de suicidio se define como el resultado no mortal que desencadenó el acto que habría llevado a la muerte de no ser por ser un acto fallido. Siendo conscientes que la acción iniciada lleva al estado objetivo de muerte (deliberado o intencionado).

En la tentativa de suicidio se considera que no es necesaria la intención de morir para su consideración como tentativa de suicidio. En este caso tampoco el resultado mortal es un efecto a corto plazo y las situaciones terminales no excluyen el suicidio. No valorando que la gravedad médica no es decisiva para su consideración como tentativa de suicidio.

En las tentativas de Suicidio se incluyen suicidios terroristas y sobredosis con sustancias adictivas consumo excesivo de alcohol no habituales, o los arranques de grandiosidad o megalomanía de los psicóticos. Excluyendo las “erosiones suicidas” o conductas suicidas indirectas.

El parasuicidio se define también por el resultado no mortal desencadenado por el acto que lleva a dañarse o las sobredosis autoinflingidas. Es el conocimiento de que la acción iniciada lleva a las lesiones de forma deliberada o intencionada.

Dentro del parasuicidio podría incluirse la necesidad de datos de conocimiento, motivación irrelevante para su consideración; Valoran el método empleado en sus actos, incluyen consideraciones manipulativas y repeticiones agrupadas de actos parasuicidas.

El parasuicidio Excluye el comportamiento habitual o automutilación, es decir la conducta autodestructiva indirecta crónica.

Montoro (2000) describe factores psicológicos como las actitudes, hábitos, perfil de personalidad, preocupaciones de la vida diaria, que inciden en su capacidad de conducción.

Respecto a los factores psicológicos, Montoro (2000) muestra que meses antes de un siniestro, presentas muchos cambios vitales que provocan afecciones personales como los divorcios, cambio de trabajo, crisis económica.

El carácter personal es decisivo en la probabilidad de accidentes. Según los estudios realizados, los sujetos extrovertidos, o con componentes neuróticos, son propensos a tener un accidente. En otras ocasiones la negligencia, agresividad, las emociones, el déficit de atención, impulsividad, con elevada des atención, independientes, narcisistas son características de los conductores que sufren accidentes.

Toledo (2002) Indica que los estudios muestran que del estado civil valora la estabilidad emocional de la personas y, establecer su accidentalidad.

Aunque estos fallos condicionados del alcohol son esenciales, hay otros en el terreno de la personalidad del conductor que son difíciles de observar, como es el caso de la infravaloración de los efectos que tiene la bebida sobre su capacidad de rendimiento, el aumento de imprudencia y la disminución de la responsabilidad (Montoro, 2000).

Por otra parte, las personas con alto nivel de introversión y sesgo hacia el psicoticismo serían más propensas a beber para vencer la timidez, mientras que los extrovertidos lo harían más como una acción antisocial. Según Toledo (2002), habría que determinar si el

alcoholismo es la causa básica de un accidente o si es el trastorno de la personalidad lo primario. Aunque probablemente sea la interacción de ambos factores.

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

Entre las limitaciones que nos hemos encontrado en este estudio es la necesidad de un 5º grupo diferenciado de los grupos ya utilizados (intento de suicidio, suicidio consumado, intento de homicidio y accidente), donde los sujetos hubiesen muerto de forma súbita.

Las limitaciones con las que se ha encontrado este estudio no son nuevas en el campo de la autopsia psicológica, pero se han intentado superar algunas limitaciones intrínsecas a estos estudios (p.ej., una descripción más objetiva del perfil del occiso) y otras limitaciones se han visto incrementadas (p.ej., el tamaño de la muestra).

Uno de los sesgos que pueden existir es la de la información derivada del recuerdo de los participantes en este estudio, frecuente en los diseños retrospectivos. Limitación frecuente en este tipo de investigaciones (Carballo y cols., 2007). De todas formas, los datos de esta Tesis son coincidentes con los obtenidos en otras investigaciones previas lo que indica que este sesgo no ha afectado en mayor medida de lo que afecta en otros estudios.

Otra limitación podría ser el uso de una muestra pequeña de informadores colaterales, pero los informes de los familiares, amigos y/o compañeros son usualmente confirmados en otros estudios (Bischof y cols 2005). En esta vía los autoinformes de los grupos de tentativa, lo que ha demostrado la veracidad de la información, como se han mostrado en otras investigaciones (Secades y Fernández, 2003).

El tamaño de la muestra es la mayor limitación de la investigación. Reclutar sujetos

fue difícil motivado por el dolor de enfrentarse otra vez con la pérdida y el dolor. Es habitual esta situación en este tipo de estudios (Ellingstad y cols. 2006). Pero nuevamente la similitud de los resultados con investigaciones anteriores indica que las conclusiones de esta Tesis van en una línea acertada.

PROPUESTAS DE FUTURO.

En el futuro se debería orientar la investigación a comprender y superar las limitaciones que hasta el momento se han encontrado los estudios de autopsia psicológica.

Por una parte habría que valorar el desarrollo de diseños de prospección, dado que los retrospectivos presentan ciertas limitaciones y muestreos más grandes. La prospección podría ayudar a recoger información de mayor valor, dado que se haría una recogida de información en distintos momentos de sujetos con tendencias suicidas e historiales de agresiones y accidentes.

Otra perspectiva de futuro es la de valorar la forma de captar más sujetos para la muestra, intentando así conseguir grupos mas numerosos para los estudios.

Por otra parte sería interesante crear programas preventivos, a través de los perfiles que se han obtenido para paliar los daños de determinados perfiles conductuales.

4. BIBLIOGRAFÍA.

- Acevedo, L; Núñez, L. y Pinzón, C. (1999). Propuesta para el Dictamen Forense en Casos de Muertes Dudosas Utilizando el procedimiento Denominado Autopsia Psicológica. (Tesis de grado profesional no publicada). Pontificia Universidad Javeriana, Santa Fe. (Bogotá).
- Akhtar, S. (2011). Matters of life and death: Psychoanalytic reflections. London: Karnac Books.
- Albarrán, A.J. (2002). Psicología Forense y Victimología. En J. Urra (comp.), Tratado de Psicología Forense (pp.327-364). Madrid: Siglo XXI.
- Alberca, R. (1998). Demencias: diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson.
- Allen, J.P; Litten, R.Z; Fertig, J.B y Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcoholism clinical experimental research, 21 (4), 613-619.
- Alonso, J. (1992). Evaluación de la inteligencia desde el enfoque Binet-Terman - Wechsler. En R; Fernández-Ballesteros (Ed.), Introducción a la evaluación psicológica I. Madrid: Pirámide.

-
- Alonso-Quecuty, M.L. (1993): Interrogando a testigos, víctimas y sospechosos: La obtención de información exacta. En M. Diges M. y M.L. Alonso-Quecuty (Eds.), *Psicología Forense experimental* (pp. 85-98). Valencia: Ed. Promolibro.
- Alonso-Quecuty, M.L. (1994): *Psicología y Testimonio*. En M. Clemente (comp.), *Fundamentos de la Psicología Jurídica* (pp. 171-184). Madrid: Ed. Pirámide.
- Alonso-Quecuty, M.L. (1999): La entrevista cognitiva en memoria de testigos. En J.M. Arana, A. Sánchez y A. Crespo (dirs.), *Prácticas de Psicología de la memoria*. (pp. 219-230). Madrid: Ed. Alianza.
- Alonso-Quecuty, M.L. (2001): Memoria y contexto legal: testigos, víctimas y sospechosos recuerdan lo sucedido. En A. Sánchez y M. Beato (comps.), *Ámbitos aplicados de Psicología de la memoria* (pp. 171-190). Madrid: Ed. Alianza.
- American Psychiatric Association (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: Ed. Measures.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Ed. Masson.
- Anderson, A; Sisask, M. y Vaernik, A. (2011). Familicide and suicide in a case of gambling dependence. *Journal of Forensic Psychiatry, y Psychology*, 22 (1), 156-168.
doi:10.1080/14789949.2010.518244
- Aniyar de Castro, L. (1969) *Victimología*. Universidad de Zulia. Maracaibo, Venezuela
- Annon, J.S. (1995). The psychological autopsy. *American Journal of Forensic Psychology*, 13 (2), 39-48.

-
- Arce, R. y Fariña, F. (1994): El papel del Psicólogo en la administración de Justicia. En J. Sobral, R. Arce y A. Prieto (eds.) *Manual de Psicología Jurídica* (pp. 109- 114). Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Areste, J. (1991). El Juez de Instrucción y el levantamiento del cadáver desde la perspectiva actual. *Centro de Estudios Judiciales*, 7, 75-87. Madrid, Ministerio de Justicia.
- Argo, V; (1982) *La muerte en Occidente*. Barcelona: Ed. Aries.
- Arroyo, G. Ladrón de Guevara, I y Guerrero, J. y Moya, V. (1987). Estudio de la muerte violenta en Madrid capital durante el período 1980-85, 1, 29-36. Alicante: Ed. Orfila.
- Aso, J.; Corrons, J. y Cobo, J.A. (1998). El intervalo postmortal. Interés médico, policial, legal y forense. Barcelona: Ed. Masson.
- Ault, R. y Hazelwood, R. (1987). The evaluation of personality. En R. Hazelwood y A. Burgess (Eds.), *Practical aspects of rape investigation: A multidisciplinary approach* (pp.225-240). New York: Ed. Elsevier.
- Avia, D. (1995). La estabilidad de la personalidad y las implicaciones de los cambios terapéuticos de conducta. En M. Avia y M. Sánchez (Eds.), *Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales* (pp. 361-380). Madrid: Ed. Pirámide.
- Ávila, A. (1986). El peritaje psicológico en los procesos judiciales. En F. Jiménez y M. Clemente, (Eds.), *Psicología social y sistema penal* (cap. 10, pp.185-209), Madrid: Ed. Alianza.
- Ávila, A. y Rodríguez, C. (1994). Evaluación psicológica forense. En M. Clemente (Ed.), *Fundamentos de la Psicología Jurídica*, (cap.7 pp. 163-171.). Madrid: Ed. Pirámide.

-
- Aznar, B. (1956). *Síntesis de Medicina Legal*. Madrid: Ed. Marban.
- B.O.E. (15 de febrero de 1996). Reglamento penitenciario.
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. (1992). AUDIT, The Alcohol Use Disorders identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization,
- Baca, E. y Cabanas M. L. (2003). *Las víctimas de la violencia*. Estudios psicopatológicos. Madrid: Ed. Triacastela.
- Baños, R.M. y Guillén, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.
- Barberá, F. A., y Méndez, F. (1998) *Análisis de textos manuscritos, firmas y alteraciones documentales* Valencia: Ed. Tirant lo Blanch.
- Barrat, E.S.. (1995) *Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder. Development in risk assessment*. En: J, Monahan y H.J. Steadman. Chicago: The University of Chicago Press, 61-79.
- Barrita López, F. (1996) *Manual de Criminología*, Mexico: Ed. Porrúa..
- Barry, K.L y Fleming, M.F.. (1993) *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and the SMAST-13: predictive validity in a rural primary care sample* *Alcohol*, 28, 33-42.
- Bartol, C.R. (1991). *Criminal Behavior: A psychosocial approach* (3ª ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

-
- Baume, P; Cantor, C.H y Rolfe A. (1997). Cybersuicide: The role of interactive suicide notes on the Internet Crisis, 18(2), 73-79.
- Beck, A; Resnik, H y Lettieri D. (1974). The prediction of suicide. The Charles Press Publisher. USA.
- Beck, A.T; Guth, D; Steer, R.A. y cols. (1997) Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. Behav Res Ther; 35, 785-791.
- Beck, A.T; Rush, A.J; Shaw, B.F. y cols. (1979) Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press,.
- Beck, A.T; Schuyler, D. Y Herman, I. (1974) .Development of suicidal intent scales. En A.T; Beck, H.L.P; Resnick, D.J; Lettieri (eds.) The prediction of suicide. Bowie: CharlesPress,
- Beck, A.T. y Steer, R.A.. (1987) Manual for the Revised Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1991) Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. Journal of Anxiety Disorders, 5, 213-223.
- Beck, A.T. y Steer, R.A.y Trexler, L.D.. (1989) Alcohol Abuse and Eventual Suicide: A 5- to 10-Year Prospective Study of Alcohol-Abusing Suicide Attempters. Journal of Studies on Alcohol; 50(3), 202-209.
- Beck, A.T; Ward, C.H; Mendelson, M. y cols. (1961). Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatr; 4, 561-571.

-
- Bedú, H. (1975). Are there really crimens without victims?. En: I. Drapkin y E. Viano (Eds.), *Victimology: a new focus (Vol I)*. Lexington : Lexington Books.
- Beigel, A; Murphy, D. y Bunney, W.E. (1971) The Manic State Rating Scale: scale construction, reliability, and validity. *Arch Gen Psychiatry*; 55, 256-262.
- Bellon-Saameno, J.A., Delgado-Sanchez, A., Lunadel- Castillo, J.D., Lardelli-Claret, P.: (1996) Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 18:153-63.
- Beristain, A. (2.001) Algo mejor que la desacralización de la pena kantiana (protagonismo de las víctimas) En *Universitas* Diciembre de 2.001 (102) 9-16.
- Bhar, S. S; Beck, A. T. y Butler, A. C. (2012). Beliefs and personality disorders: An overview of the personality beliefs questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (1), 88-100. doi:10.1002/jclp.20856
- Biaggio, M.K. y Maiuro, R.D. (1983). Recent advances in anger assessment. In C.C. Spielberger , y J.N Butcher (eds). *Advances in personality assessment* (pp 111-32).Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum Associates.
- Bischof y cols. (2005) Influencie of psyquiatric comorbidity in alcohol dependent subjets in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addictions* 100(3), 405-413.
- Blackburn, R. (1986). Patterns of personality deviation among violent offenders: replication and extension of an empirical taxonomy. *British Journal of Criminology*, 26 (3), 254-269.
- Blackburn, R. (1993). *The Psychology of criminal conduct. Theory, research and practice*.

John Wiley , y Sons Ltd.

Blake, D.D; Weathers, F; Nagy, L.M.; Kaloupek, D.G; Klauminzer, G; Charney, D.S. y

Keane, T.M.. A (1990) clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD:

The CAPS-1. Behavior Therapist; 13, 187-188.

Bobes, J; Portilla, M.P. Bascarán, M.T; Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (2002) Banco de

instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Psiquiatría

Editores SL.

Bonin-Guillaume, S. Clément, J.P; Chassain, A.P. y cols. (1995) Évaluation psychométrique

de la dépression du sujet âgé: Quels instruments? Quelles perspectives d'avenir?.

Encéphale; 21, 25-34.

Brent, D.A. y cols. (1988) The psychological autopsy: methodological considerations for the

study of adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 27/3.

Brookes, L; Hall-Craggs, M; Sams, V. y Lees, W.; (1996) Non-invasive perinatal necropsy

by magnetic resonance imaging. Lancet; Oct 26 (348), 1139.

Burbena, A; Berrios, G.E; Fernández de Larrinoa, P. (2000) Medición Clínica en Psiquiatría

y Psicología. Barcelona: Ed. Masson.

Buss, A.H. y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21, 343-349. Recuperado en:

[http://www.dandrosh.com.mx/Test](http://www.dandrosh.com.mx/Test_Psicometricos/Inventario_de_Hostilidad) Psicometricos/Inventario de Hostilidad

BussDurkee.pdf.

Cabrera, J.C; Fuertes, J.C; (1997) Psiquiatría y Derecho. Madrid: Ed. Cauce.

Calabuig, J. A., (1998) Medicina legal y toxicología. Barcelona, Ed.: Masson.

-
- Calcedo, A. (1982). El peritaje psiquiátrico. *Psicopatología*, 2, 2: 171-180.
- Cano, A y Vivian, D. (2001). Life stressors and husband to wife violence. *Aggression and violent behaviour*. Sep-Oct, 6(5), 459-480.
- Canter, D. (1989). Offender Profiles. *The Psychologist*, 2(1), 12-16.
- Canter, D. (1994). Investigative Psychology and criminal consistency. Comunicación presentada en el III International Investigative Psychology Seminar, September, University of Liverpool.
- Cantón, Y. (2003). Guía para la evaluación del abuso sexual infantil. Madrid: Ed. Pirámide.
- Carballo y cols. (2007) Natural recovery from alcohol y drug problems: A methological review of the literature from 1999 throught 2005. En H. Klingemann y L. Sobell (Eds.). *Promoting self change for problems substance use: Practical implications for policy, prevention and treatment*. London Springer Verlag.
- Carlsson, F; Daruvala, D. y Jaldell, H. (2010). Preferences for lives, injuries, and age: A stated preference survey. *Accident Analysis and Prevention*, 42(6), 1814-1821.
- Carpintero, H. y Rechea, C. (1995). La Psicología Jurídica en España: su evolución. En M. Clemente (ed.). *Fundamentos de la Psicología Jurídica* (cap. 4, pp.65-98), Madrid: Ed. Pirámide.
- Carrillo, M.T; Otero, J.M. y Romero, E. (1993) Comparison among various methods of assessment of impulsiveness. *Perceptual and Motor Skills*; 77: 567-575.
- Carrobbles, J.A; Costa, M, Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Ed. Promolibro.

-
- Casas, J.D y Rodríguez, M.S. (2000) Manual de Medicina Legal y Forense. Madrid: Ed. Constitución y Leyes, S.A.
- Castilla del Pino, C. (1998). El delirio, un error necesario. Oviedo: Ed. Nobel.
- Castilla, J. (1998). Etiología de la muerte violenta. En: Medicina Legal y Toxicología de J.A.. Gisbert, Barcelona.
- Cerezo, F. (1996). Agresividad social entre escolares. La dinámica “bullying”. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Charalampous, K.D; Freemesser, K.F.y Ford-Smalling, L. (1974): A double-blind controlled study of loxapine succinate in the treatment of anxiety neuroses. *J Clin Pharmacol*; 14, 464-469.
- Chmielewski, P. M; Fernandes, L.O; Yee, C.M. y Miller, G.A. (1995) Ethnicity and gender in scales of psychosis proneness and mood disorders.. *Journal of Abnormal Psychology*; 104(3), 464–470
- Clark, D.A; Steer, R.A. y Beck, A.T. (1994) Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models. *J Abnorm Psychol*, 103, 645-654.
- Clemente, M. (1995a). Fundamentos de la Psicología Jurídica. Madrid: Ed. Pirámide.
- Clemente, M. (1995b). Violencia y televisión. Madrid: Ed. Nóesis, S.L.
- Clemente, M. (2010). Psicología Jurídica una ciencia emergente explicativa del derecho. Madrid: Ed. Pirámide.
- Clemente, M. (2011). Fundamentos y principios de la Psicología Jurídica. Madrid. Ed.

Pirámide.

Clemente, M; Espinosa, P. y Urra, J. (2011) Cuestiones éticas en Psicología Práctica Profesional: Acuerdo sobre los comportamientos problemáticos entre los psicólogos profesionales españoles: *Ethics, y Behavior* Volume: 21 Issue: 1 Pp: 13-34 Article Number: PII 933050082 DOI: 10.1080/10508422.2011.537568.

Clemente, M; Espinosa, P. y Vidal, M. (2008) Los medios de comunicación y el comportamiento violento en los jóvenes: Los efectos de los medios de comunicación sobre la conducta agresiva antisocial en una muestra española.: *Journal of Applied Social Psychology* Volume: 38 Issue: 10 pp: 2395-2409 DOI: 10.1111/j.1559-1816.2008.00397.

Cobo, J. A. (1998). Manual de asistencia integral a las mujeres víctimas de agresión sexual: formularios y guía de exploración y toma de muestras. Barcelona: Ed. Masson.

Cobo, J.A. (2009): Manual de autoprotección de las mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. En E. Echeburúa y cols. (Eds.), *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja* (pp. 137-148). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Código Penal.(2001). Edición actualizada hasta la Ley N°. 2033 de 29 de octubre de 1999. (Tercera edición). U.P.S. La Paz.

Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983), Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico . *The Spanish Journal of Psychology* , 10 (1), 199-206

Coleman, K.H. (1980). Conjugal Violence: What 33 Men Report. *Journal of Marital Family Therapy*, 6, 207-213.

-
- Comeche, M.I; Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995) Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales (pps 186-193). Madrid: Ed. Fundación Universidad-Empresa.
- Conner, K. R; Beautrais, A. L; Brent, D. A; Conwell, Y; Phillips, M. R; y Schneider, B. (2011). The next generation of psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 594-613. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00057.x
- Conner, K. R; Beautrais, A. L; Brent, D. A; Conwell, Y; Phillips, M. R; y Schneider, B. (2012). The next generation of psychological autopsy studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 86-103. doi:10.1111/j.1943-278X.2011.00073.x
- Corbella, J. (1991). *Historia de la Medicina Legal en España*. Barcelona: Ed. Salvat.
- Corral, P. (2004): Perfil del agresor doméstico. En J. Sanmartín (Ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 239-250). Barcelona: Ed. Ariel.
- Corral, P. (2009): Proceso de victimización en las mujeres víctimas de violencia de pareja. En A. García-Pablo (Ed.), *Delincuente, víctima y respuesta social* (pp.111-124). Valencia: Ed. Comares.
- Curbow, B. y Somerfi, M. (1991). Use of the Rosenberg Self-esteem Scale with adult cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 113-131.
- Davidson, J.R.T; Book, S.W; Colket, J.T; Tupler, L.A; Roth, S; David, D; ...y Feldman, M.E. (1997) Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med*; 27, 153-160.
- Davison, G. y Neale, J. (2000). Suicidio. Trastornos del estado de ánimo. *Psicología de la conducta anormal* (2da. ed., pp. 298-311). Mexico: Ed. Limusa.

-
- De Paúl, J y Arruabarrena, M.I. (1996). Manual de protección infantil. Barcelona: Ed. Masson;
- Del Picchia, J. (1993). Tratado de Documentoscopia. La falsedad documental. Buenos Aires: Ed. La Rocca.
- Del Ser, T; Peña, C; y Casanova, J. (1994) Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: Ed. Prous.
- Del Val, F. (1963): Grafocrítica. El documento, la escritura y su proyección forense. Madrid: Ed. Tecnos.
- Diekstra, R.F.W. (1993) The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatrica Scand*; 371, 9-20.
- Diges, M. (1997): Los falsos recuerdos. Sugestión y memoria. Barcelona: Ed. Paidós.
- Diges, M. y Alonso-Quecuty, M.L. (1993): Psicología Forense experimental. En M. Diges y M.L. Alonso-Quecuty (Eds), *Psicología Forense experimental* (pp. 1-32). Valencia: Ed. Promolibro.
- Dobbs, D. (2010). The making of a troubled mind. *Nature*, 468 (7321), 154-156.
- Donchin, I y cols. (1994) Utility of postmortem computed tomography in trauma victims. *The Journal of Trauma*. 4 (37): 552-556.
- Durkeheim, E. (1987), *El Suicidio*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Dutton, D.G. (1995). *The batterer a psychological profile*. New York: Ed. Basic Books.
- Dyregrov, K. M; Dieserud, G; Hjelmeland, H. M; Straiton, M; Rasmussen, M. L; Knizek, B. L;y Leenaars, A. A. (2011). *Meaning-making through psychological autopsy*

- interviews: The value of participating in qualitative research for those bereaved by suicide. *Death Studies*, 35 (8), 685-710. doi:10.1080/07481187.2011.553310
- Easterbrook, J. A. (1959). The effect of emotion on cue utilization and the organization of behaviour. *Psychological Review* 66 (3): 183–201. doi:10.1037/h0047707.
- Ebert, B. (1991). Guide to Conducting a Psychological Autopsy. En K. Anchor (ed.), *The Handbook of Medical Psychotherapy*. 249-256. Lewiston, NY: Hogrefe.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001) Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Rev int. Psicología Clínica y de la Salud/Internat J Clin Health Psychol*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2002). Violencia en la pareja, En J. Urra (comp.), *Tratado de Psicología Forense* (pp.377-398). Madrid. Ed. S. XXI,
- Edwards, B.C; Lambert, M.J; Moran, P.W. y cols. (1984) A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for depression as measures of treatment outcome. *Br J Clin Psychol*; 23: 93-99.
- Ellingstad,, T.P. y cols. (2006) Self Change: A Pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behavior* 31 (3), 519-530
- Escalona, R; Tupler, L.A; Saur, C.D; Krishnan, K.R. y Davidson, J.R; (1997) Screening for trauma History on an Inpatient Affective-Disorders Unit: A Pilot study. *J Trauma Stress*; 10, 299-305.

-
- Espinosa, P; Clemente, M. (2011) La medición de la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: Desarrollo del Inventario de Comportamiento Antisocial (ICA): Revista de Psicología Social Volume: 26 Issue: 2 Pages: 223-240.
- Eysenck, H.J; (1968) Eysenck SBG. Eysenck Personality Inventory. San Diego. Educational Testing Service,
- Fawcett, J; Busch, K.A; Jacobs, D; Kravitz, H.M. y Fogg, L. (1997). Suicide: a four-pathway clinical-biochemical model. *Ann N Y Acad Sci*; 836.
- Feinstein, B. A; Humphreys, K. L; Bovin, M. J; Marx, B. P; y Resick, P. A. (2011). Victimaoffender relationship status moderates the relationships of peritraumatic emotional responses, active resistance, and posttraumatic stress symptomatology in female rape survivors. *Untitled*.
- Fernández, M.L. (1990). Cuantificación de factores psicosociales de estrés y estudio de la aplicación en Medicina. Tesis Doctoral. Cátedra de Psiquiatría. Universidad de La Laguna, Islas Canarias,
- Field, T; Malphurs, J. E; Yando, R; Bendell, D; Carraway, K. y Cohen, R. (2010). Legal interviewers use children's affect and eye contact cues to assess credibility of their testimony. *Early Child Development and Care*, 180 (3), 397-404.
- Fishbain, D. A; Bruns, D; Lewis, J. E; Disorbio, J. M; Gao, J; y Meyer, L. J. (2011). Predictors of homicide suicide affirmation in acute and chronic pain patients. *Untitled*, 12 (1), 127-137.
- Fisher, R.P; y Geiselman, R.E. (1988). Enhancing Eyewitness memory with the cognitive interview. En M.M. Gruneberg, P. E. Morris, y R. N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of*

- memory: Current research and issues, Vol. 1: Memory in everyday life (pp.34-39).
New York, US.: John Wiley and Sons,
- Forgeard, M. J. C; Haigh, E. A. P; Beck, A. T; Davidson, R. J; Henn, F. A; Maier, S. F. y
Seligman, M. E. P. (2011). Beyond depression: Toward a process-based approach to
research, diagnosis, and treatment. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 18 (4),
275-299. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x
- Fossati, A; Di Ceglia, A; Acquarini, E. y Barratt, E.S. (2001) Psychometric properties of an
Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects.
J Clin Psychol; 57, 815-28.
- Foster, T. (2011). Adverse life events proximal to adult suicide: A synthesis of findings
from psychological autopsy studies. *Archives of Suicide Research*, 15 (1), 1-15.
doi:10.1080/13811118.2011.540213
- Foulds, G.A; Caine, T.M y Creasy, M.A. (1960) Aspects of extra and intropunitive
expression in mentalillness. *Br J Psychiatry*; 106: 599-610.
- Fournier, J. C; DeRubeis, R. J; y Beck, A. T. (2012). Dysfunctional cognitions in
personality pathology: The structure and validity of the personality belief
questionnaire. *Psychological Medicine*, 42 (4), 795-805.
doi:10.1017/S0033291711001711
- Frei, A. (2012). Plea for a psychological autopsy in the case of homicide-suicidal.
Kriminalistik, 66 (1), 47-50.
- Galta, K; Olsen, S. L; y Wik, G. (2010). Murder followed by suicide: Norwegian data and
international literature. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6), 397-401.

-
- García T. (1998) La Autopsia Psicológica en el Suicidio. *Medicina Legal de Costa Rica*, 15 (1 y 2), 22-24.
- García, J.A. (1991). Simulación y disimulación en psiquiatría forense. En L. Ortega (Ed.), *Psicopatología jurídica y forense* (pp. 123-140). Barcelona: Ed. PPU,.
- García, T. (1993). La Autopsia Psicológica como Método de Estudio del Suicida. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Ciencias Forenses. La Habana.
- García, T. (1999a). La Autopsia Psicológica como Método de Estudio de Muertes Violentas. *Instructivo para La Autopsia Psicológica (Utilizando el MAPI)*. La Habana.
- García, T. (1999b). La Autopsia Psicológica en muertes violentas. *Revista Española de Medicina Legal*, XXIII, (86-87), pp.75-82.
- García, T. (2007). *Pericia en Autopsia Psicológica* La Habana: Ed. Rocca
- García, T; y Rojas, R. (1995). La Autopsia Psicológica como método de estudio de las víctimas de homicidio y asesinato. Encuentro Internacional de Técnicas Criminalísticas (TecnCrim' 95), Holguín.
- Garrido, E. y Masip, J. (2001). La evaluación psicológica en los supuestos de abusos sexuales. En F. Jiménez (Coord.) *Evaluación Psicológica Forense*.1. Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia. (pp. 25-127). Salamanca: Ed. Amarú.
- Garrido, V. (2003). *Psicópatas y otros delincuentes violentos*. Valencia: Ed. Tirant lo Blanch.
- Garrido, V. (2005a). *¿Qué es la Psicología acriminológica?* Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

-
- Garrido, V. (2005b). Manual de intervención educativa en readaptación social. Valencia: Ed. Tirant Lo Blanch
- Garrido, V. y López, P. (2006). El rastro del asesino. El perfil psicológico de los criminales en la investigación policial. Barcelona: Ed. Ariel.
- Garrido, V.; Redondo, S. y Stangeland, P (2001). Principios de criminología. Valencia: Ed. Tirant Lo Blanch
- Garrido-Lestache, R. (1987). Análisis toxicológico durante la autopsia. XIII Jornadas Españolas de Medicina Forense, 185 -194. Valencia.
- Geiselman, R.E.; Fisher, R.P.; MacKinnon, D.P. , y Holland, H.L. (1985). Eyewitness memory enhancement in the police interview: cognitive retrieval mnemonics versus hypnosis. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 401-412.
- Gelles, R.J. (1974). *The violent home*. Beverly Hills, CA. Sage.
- Gierowski, J.K.; Heitzman, J; y Godlewski, J. (1995). Forensic psychiatry: Profile pf necrosadist. A case study. *Acta Sexológica*, 1(1), 63-79.
- Gil, D. G. (1970). *Violence against Children: Physical Abuse in the United States*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Giner, J. y Leal C. (1982) Conducta suicida. En A. López-Ibor, O. Ruiz, S. Barcia, (Eds.). *Psiquiatría*. 1982: 1120-1130. Barcelona: Ed. Toray
- Gisbert, J.A. (1998). *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Ed. Salvat-Masson.
- Gjerris, A; Bech, P; Bojholm, S; Bolwig, T.G; Kramp, P; Clemmensen, L; Andersen, J; Jensen, E. y Rafaelsen, O.J. (1983) The Hamilton Anxiety Scale. Evaluation of

-
- Homogeneity Inter-observer Reliability in Patients with Depressive Disorders. *Journal of Affective Disorders*; 5, 163-170
- Godwin, M. (2001). Victim target Networks as Solvability Factors in Serial Murder, en *Criminal Psychology and Forensic Tecnology*. CRC Press.
- Goldstein, A.P. y Keller, H.R. (1991). El comportamiento agresivo. Evaluación y Tratamiento. Brouwer: Ed. Desclee.
- González de Rivera, J.L; Morera, A. (1983) La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*; 4, 7-11.
- Gonzalez, J.A.L. (1988). Obtención de testimonios extensos y fiables: La Entrevista cognitiva. En *Fundación Universidad Empresa (Ed.). Psicología y Seguridad*, vol. II, Madrid, pp. 451-507.
- Guerrero, J y Fernández-Arguelles, P. (1980) El papel de los sucesos y experiencias estresantes en la clínica psiquiátrica. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*;7(4): 287-298.
- Gustafson, R. (1995). Is it possible to link alcohol intoxication causally to aggression and violence? A summary of the Swedish experimental approach. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 4(1), 22-42.
- Hammond, S. y Carole, I. (1997). Domestic abuse and levels of depression, self-esteem and assertiveness in battered men. *Dissertation abstracts international*, 58 (4-B),2122.
- Hare, R. (1999) La naturaleza de los psicópatas: algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana. Trabajo presentado en la Carta reunión internacional sobre biología y sociología de la violencia. *Psicópatas y asesinos en serie*. Centro Reina Sofía para el Estudio de la violencia. Valencia 15-16.

-
- Hart, B; Dudleym, Y. y Zurnwalt, R.E.; (1996) Postmortem cranial MR1 and autopsy correlation in suspected child abuse. *Am J For Med and Pathol*; 17 (3): 217-224.
- Hazelwood, R. y Burgess, A. (1987) (Eds.), *Practical aspects of rape investigation: A multidisciplinary approach*. New York: Ed. Elsevier.
- Hedlund, J.L. y Vieweg, B.W. (1979) The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *J Operat Psychiatry*; 10: 149-165.
- Heinrich, H.W. (1959). *Industrial accident prevention: a scientific approach* (4th ed.). McGraw-Hill. quoted in Grimaldi, John V.; Simonds, Rollin H. (1973). *Safety management*. Homewood, Ill: R. D. Irwin. p.211.
- Hiss, Y. (1997) La autopsia endoscópica y otras alternativas en los estudios postmortem, como la tomografía computarizada. En *Autopsia: pasado, presente y futuro*. Madrid: Ed. Escorial.
- Hollin, C.R. (1989). *Psychology and crime. An introduction to criminological psychology*. London: Ed. Routledge,.
- Holmes, R.M. (1989). *Profiling violent crimes. An investigative tool*. Sage Publications.
- Holmes, R.M. y Holmes, S.T. (1992). *Understanding mass murder: A starting point*. *Federal Probation*, 56(1), 53-61.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967) The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*;11:213-218.
- Hong, E.K; Lepor, H. y McCullough, A.R. (1999) Time dependent patient satisfaction with sildenafil for erectile dysfunction (Ed.) after nerve-sparing radical retropubic

- prostatectomy (RRP), 11 (1), 15-22.
- Horowitz, M; Wilner, N. y Alvarez, W. (1979) Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*; 41, 209-18.
- Hudak, K; y Bailey, V. (2001). An investigation of variables related to attrition of Hispanic men from a domestic violence treatment program. *Dissertation Abstracts International. The Sciences and Engineering*, 61(11), 6137.
- Ibáñez, J. y González, J.L. (2002). La Psicología en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. En J. Urra. (Comp.). *Tratado de Psicología Forense*, Ed. Siglo XXI.
- Igual, C. y Gonzalez, J.L.(2003). La Autopsia Psicológica como instrumento de Investigación Criminal. *Jurispericia, Revista Jurídica y Pericial mexicana*, 3, año I, julio-septiembre.
- Issacson, J.H; Butler, R; Zacharek, M. y Tzelepis, A. (1994) Screening with the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in an inner-city population. *J Gen Intern Med*; 9: 550-3.
- Jia, C. y Zhang, J. (2012). Global functioning and suicide among chinese rural population aged 15-34 years: A psychological autopsy case-control study. *Journal of Forensic Sciences*, 57(2), 391-397. doi:10.1111/j.1556-4029.2011.01978.x
- Jiménez, I; Morales, M; Gelves, C; Villamil, A; Jiménez, A; Cárdenas, M; y cols. (1997). Análisis del Suicidio a Través de la Autopsia Psicológica. *Rev. Col. Psiquiatría*.
- Jiménez, R. (2001). La Autopsia Psicológica como instrumento de investigación. *Revista Colombiana de psiquiatría*. Vol. XXX, nº 3.
- Jiménez, F. (2001). *Evaluación Psicológica forense*; Salamanca: Ed. Amarú,.

-
- Jimenez, I. (2001), La Autopsia Psicológica como instrumento de investigación. Revista Colombiana de psiquiatría, Vol XXX N° 3. Bogotá, Colombia.
- Jorm, A. y Korten, E. (1988) Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *Br J Psychiatry*; 152: 209-13.
- Kameyama, A; Matsumoto, T; Katsumata, Y; Akazawa, M; Kitani, M; Hirokawa, S; y Takeshima, T. (2011). Psychosocial and psychiatric aspects of suicide completers with unmanageable debt: A psychological autopsy study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(6), 592-595. doi:10.1111/j.1440-1819.2011.02266.x .
- Kaplan, S; y Tetrick, L. E. (2011). Workplace safety and accidents: An industrial and organizational psychology perspective. In (pp. 455-472) American Psychological Association.
- Kazdin, A.E; French, N.H; Unis, A.S; Esveldt-Dawson, K. y Sherrick, R.B. (1983). Hopelessness depression and suicidal intent among psychiatrically disturbed children. *J Consulting clin Psychology*, 51: 504-10.
- Kendall, P.C; Hollon, S.D; Beck, A.T; y cols. (1987). Issues and recomendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cogn Ther Res*; 11: 289-299.
- Kernis, M.h; Granneman, B.D. y Mathis, L.C. (1991). Stability of self-esteem asa moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- Kizza, D; Hjelmeland, H; Kinyanda, E. y Knizek, B. L. (2011). Qualitative psychological autopsy interviews on suicide in post-conflict northern uganda: The participants' perceptions. *Omega-Journal of Death and Dying*, 63(3), 235-254.

doi:10.2190/OM.63.3.c

- Kizza, D; Hjelmeland, H; Kinyanda, E. y Knizek, B. L. (2012). Alcohol and suicide in postconflict northern uganda A qualitative psychological autopsy study. *Crisis-the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(2), 95-105. doi:10.1027/0227-5910/a000119
- Kobak, K.A; Reynolds, W.M. y Greist, J.H. (1993). Development and validation of a computer-administered version of the Hamilton Anxiety Scale. *Psychological Assessment*, 5: 487-92.
- Koslowsky, M; Bleich, A; Greenpoon, A; Wagner, B; Apter, A. y Solomon, Z. (1991). Assessing the validity of the Plutchik suicide scale. *J Psychiatr Res*; 25(4):155-8.
- Krupski, T; Petroni, G.R; Bissonette, E.A. y Theodorescu, D. (2000). Quality-of-life comparison of radical prostatectomy and interstitial brachytherapy in the treatment of clinically localized prostate cancer. *Urology*. 55(5):736-42.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos* Barcelona: Ed.Grijalbo.
- Labrador, E y cols. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Landrove-Díaz, G. (1998). *La moderna victimología*. Valencia: Ed. Tirant lo Blanch.
- Lasa, L; Ayuso-Mateos, J.L; Vázquez, J.L; y cols. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *J Affect Disord*; 57: 261-265.
- Levenstein, S; Prantera, C; Varvo, V; Scribano, M.L; Berto, E; Luzi, C. y Andreoli, A. (1993) Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for

-
- psychosomatic reseach. *Journal of Psychosomatic Reseach*; 37(1):19-32.
- Levenstein, S; Prantera, C; Varvo, V; Scribano, M.L; Berto, E; Luzi, C. y Andreoli, A. (1994). Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *Am J Gastroenterol*; 89(8):1219-25.
- Litman, R. (1989). 500 Psychological Autopsies. *Journal of forensic Sciences*, 34, 3, pp. 638-646.
- Litman, R.E. y cols. (1963) investigation of equivocal suicides. *JAMA*, Vol. 184, p.924-29.
- Loranger, A. W. (1994). The international personality disorder examination (IPDE) DSM-IV and ICD-10 modules. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Lucero, R; Díaz, N. y Villalba, ,L. (2003). El método de la Autopsia Psicológica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 67, nº 1, pp. 5-20.
- Lustman, P.J; Clouse, R.E; Griffith, L.S. y cols. (1997) Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med*; 59: 24-31.
- Maier, W; Buller, R; Philipp, M. y Heuser, I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disor*; 14: 61-68.
- Maio, V.J.M y Dana, S.E (2003). *Manual de patología forense*. Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- Mann, J.J; Waternaux, C; Haas, G.L. y Malone, K.M. (1999) Toward a clinical model of suicidal bahaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*; 156(2):181-189.
- Marcos, T. (1997) *Psicometría*. En: E. Vieta, C. Gastó. (eds). *Trastornos bipolares*. Barcelona: Springer Verlag Ibérica;. p 240-259

-
- Maris, R; Berman, A.L; Maltzberger, J. y Juffit, R. (1992) Assessment and prediction of suicide. New York: Ed. Guilford Press.
- Martinsen, E.W; Friis, S. y Hoffart, A. (1995). Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatr Scand*; 92: 460-463.
- Masip, J. y Garrido, E. (2001). Evaluación psicológica de la credibilidad del testimonio. En F. Jiménez (Coord.) *Evaluación Psicológica Forense*; 1. Fuentes de información, abusos sexuales, testimonio, peligrosidad y reincidencia. (pp. 141- 204). Salamanca. Ed..Amarú.
- Mata, P. (1903). *Tratado teórico-práctico de Medicina Legal y Toxicología*. Madrid.
- McCann, J.T. (1992). Profil of criminal personality in violent crime inquiry: new advances and future trends. *Behavioral Science and the Law*, 10, 475-481.
- McCarty, D.G. (1929) *Pshychology for lawyer*. New York. Ed.: Pretice Hall. Recuperado en http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/maltra/mi_juarez.pdf
- Meyer, K. N. (1995). The influence of personality factors, life stress, and coping strategies on the incidence of injury in long-distance runners. Unpublished master's thesis, University of Colorado, Boulder, United States.
- Mendelsohn, B. (1976). Victimology and contemporary society's trends. *Victimology*, 1, 8-28.
- Méndez, F. (1994).: *Documentoscopia*. División de Formación y Perfeccionamiento de la D.G.P; Ministerio Interior.

-
- Miller, M.A y Rahe, R.H.. (1997) Life changes scaling for the 1990s. *J Psychosom Res*;43(3):279-292.
- Montoro, L; Alonso, F.; Esteban, C. y Toledo, F. (2000). Manual de seguridad vial: el factor humano. Barcelona, Ed. Ariel.
- Moreno, J.K; Fuhriman, A. y Selby, M.J. (1993). Measurement of hostility, anger, and depression in depressed and nondepressed subjects. *J Pers Assess*; 61: 511-23.
- Morera, A. (1982). Estrés y enfermedad. (Tesis Doctoral). Universidad de La Laguna,. Islas Canarias.
- Munné, F. (1986): Psicología jurídica: Algunas reflexiones en torno a una interdisciplina en despegue. *Anuario de Psicología y Sociología Jurídica*, 12, 77-98.
- Muñoz Sabaté, L., Bayés, R. y Munné, F. (1980) Introducción a la Psicología Jurídica. México. Ed.: Trillas
- Núñez de Arco, J. (2002a). Investigación en la escena o lugar de los hechos Sucre Ed. Tupac Katari.
- Núñez de Arco, J.; (2002b). Manual de autopsias. Diplomado de Gestión Ciencias Forenses y Policiales. La Paz. UMSA.
- Núñez de Arco, J. (2004a) La Víctima. Sucre Ed. Tupac Katari.
- Núñez de Arco, J.; (2004b) Levantamiento del cadáver. En Aspectos de la Medicina Legal en la Práctica Diaria.R. Barral, J. Núñez de Arco, D. Caballero. La Paz. Ed. OPS/OMS.
- Núñez de Arco, J. y Carvajal, H.; (2004). Violencia Intrafamiliar. Sucre Ed. Tupac Katari.

-
- Núñez de Arco, J. y Huici, T.; (2005) El uso de la Autopsia Psicológica forense en el proceso penal. *Identidad Jurídica - Revista del Ministerio Público de Bolivia*. Noviembre Año 1 N° 1, Pág. 235-241
- O'Carroll, P.W; Berman, A.L; Maris, R.W; Moscicki, E.K; Tanney, B.L. y Silverman, M. (1996) The Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behavior*; 26(3):237-235.
- Oquendo, M.A., Baca-García, E; Graver, R; Morales, M; Montalban, V. y Mann, J.J. (2001) Spanish adaptation of Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *Eur J Psychiatry*; 15: 147-55.
- Oquendo, M. A., Graver, R.; Baca-García, E. et al. (2001): "Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI)", *Eur J Psychiatry*, 15: 101-12.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud.. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- Organización Mundial de la Salud. (1992) CIE 10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, Ed: Meditor.
- Pallis, J.J; Gibbons, J.S. y Pierce, D.W. (1984) Estimating suicidal risk among attempted suicides, II. Efficacy of predictive scales after the attempt. *Br J Psychiatry*; 144: 139-48.
- Parkerson, G.R. y Broadhead, W.E. (1992) Quality of life and functional health of primary care patients. *J Clin Epidemiol*; 45: 1303-13.

-
- Patton, J.H; Stanford, M.S. y Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*; 51: 768-74.
- Pérez, S.A. (1996). *El suicidio, comportamiento y prevención*. Santiago de Cuba: Ed. Oriente.
- Pérez, S. A. y Sánchez, M. (1990) *Epidemiología de la conducta suicida* Bayamo, Ed. Granma.
- Pérez, J. y Torrubia, R. (1986) Fiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V). *Revista Latinoamericana de Psicología*; 18(1): 7-22.
- Peris, A; Martín-González, R; Valiente, E; Ruiz, A.y Vioque, J. (1997). Acontecimientos vitales estresantes como factor de riesgo de enfermedad vascular cerebral aguda. *Rev Neurol*; 25(148): 1871-1875.
- Pinizzoto, A. J. y Finkel, N. (1990). Profiling criminal personality. *Law and human Behavior*, 14(3), 215-233.
- Plutchik, R; Van Praag, H.M; Conte, H.R. y Picard, S. (1989). Correlates of Suicide and Violence Risk: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*; 30(4): 296-302.
- Pope, H.G; Kouri, E.M. y Hudson, J.I. (2000). Effects of supraphysiologic doses of testosterone on mood and aggression in normal men: a randomised controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*; 57: 133-140.
- Poythress, N; Otto, R; Darkes, J; y Staw, L. (1993). APA's expert panel in the congressional review of the USS Iowa incident. *American Psychologist*, 48, 8-15.

-
- Proença, M. (2001). The Psychological Autopsy. Suicide and Parasuicide Web Site. English.
- Rahe, R.H. (1975). Epidemiological studies of life change and illness. *int. J Psychiatric Med*;6:133-146.
- Ramírez, L.A.; (2004) Asfixia autoerótica, autoestranglación, autoahorcamiento, masturbación. *Rev. del INML y CF de Colombia*.; 18 (2): 53-59
- Ramírez, M.; Ibáñez, V; y De Luis, P. (1998). Intervención pericial psicológica en Derecho de Familia. En J.L. Marrero (Coord), *Psicología Jurídica de la familia* (pp.161-195. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Ramos, J.A; San Sebastián, J. y Madoz, A. (2001). Desarrollo, validez y seguridad de una escala de adicción general. Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 29(6): 368-73.
- Ramos-Brieva JA, Cordero A, Yáñez R. (1994) Nuevos datos sobre la validez y fiabilidad de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *An Psiqui*;10:146-51.
- Ras, M. (1929) *Grafología: las grandes revelaciones de la escritura* Barcelona Ed. Labor
Recuperado: http://www.traces.uab.es/gelcc/escriptores/congres/Navas_Ribera.pdf.
- Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre autopsias clínicas 2230/1982 (BOE 218 de 11 de septiembre de 1982) España. Pág. 24599-600.
- Ressler, R.K y Shachtman, T. (2005). *Asesinos en serie*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Ressler, R.K. (1994). *Developments in Offender Profiling*. Comunicación presentada en el III International Investigative Psychology Seminar, September, University of

Liverpool.

Rettersol, N. y Mehlum, L. (2001) Attempted suicide as a risk factor for suicide: Treatment and follow-up. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd.

Reynolds, W.M. (1987). *Suicide Ideation Questionnaire*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources..

Richter, P; Werner, J; Heerlein, G. y cols. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology*; 31: 160-168.

Riera, B.C. (1992). *La conducta suicida y su prevención*. p.1-2 y 4. *El suicidio y los intentos suicidas* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Riskind, J.H; Beck, A.T; Brown, G y Steer, R.A. (1987). Taking the measure of anxiety and depression: validity of the reconstructed Hamilton Scales. *J Nerv Ment Dis*, 175: 474-9.

Roberts, J.E. y Monroe, S.M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: prospective findings comparing three conceptualisations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (5), 804-812.

Robins, E; Gassner, S; Kayes, J; Wilkinson, R.H.y Murphy, G.E. (1959) The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *Am J Psychiatry*; 115: 724-33.

Robinson, B.E. y Kelley, L. (1996). Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. *Psychol Rep*; 79: 929-930.

Rodríguez, J.A. y Hinojal, R. (1985). Hallazgos de lesiones cráneo-encefálicas en 216

- autopsias de politraumatizados por accidentes de tráfico. *Revista Española de Medicina Legal Madrid*.44-45: 51-57.
- Rodríguez, L. (1990). *El Homicidio en México. Criminología en América Latina*. UNICRI, pub. 33, Roma, Mayo, p.154.
- Rojas, L. (1995). *Las semillas de la violencia*, Madrid: Ed. Espasa Calpe. □
- Rosai, J. (1996) *The posthumous analysis (PMA). An alternative to the conventional autopsy*. *Am. J. Clin. Pathol.*; 106 (Suppl I): S 1 5-S 17.
- Rosenberg, M. (1965). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. (traducción de 1973).Buenos Aires:Ed. Paidós
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent Self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rossmo, K. (1994). *Geographic profiling and investigative information management*. Comunicación presentada en el III International Investigative Psychology Seminar, September, University of Liverpool.
- Roy, M. (1982). *The abusive partner*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Rubio, G; Montero, I; Jáuregui, J; Villanueva, R; Casado, M.A; Marín, J.J. y Santo-Domingo, J. (1998) *Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española*. *Arch Neurobiol*; 61(2): 143-52.
- Rush, A.J; Pincus, H.A; First, M.B; Blacker, D; Endicott, J; Keith, S.J; Phillips, K.A; ..y Zarin, D.A. (2000) (Task Force for the Handbook Psychiatric Measures). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC, American Psychiatric Association,

-
- Sampedro, J.A. (2001) La memoria de las víctimas: un instrumento en la superación del terrorismo. En *Universitas* (102) 17-27.
- Sarró, B. (1984), Concepto de suicidio y tentativa de suicidio. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am Lat*; 16(8):512-516.
- Saunders, J.B; Aasland, O.G; Babor, T.F; De La Fuente, .J. y Grant, M. (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*; 88: 791-804.
- Schmidt, A; Barry, K.L. y Fleming, M.F. (1995) Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *South Med J*; 88: 52-9.
- Schneider, K. (1975) *Patopsicología Clínica*. 4ª ed. Madrid: Ed. Paz Montalvo.
- Schneider, B; Grebner, K; Schnabel, A; Hampel, H; Georgi, K. y Seidler, A. (2011). Impact of employment status and work-related factors on risk of completed suicide A case-control psychological autopsy study. *Psychiatry Research*, 190 (2-3), 265-270. doi:10.1016/j.psychres.2011.07.037
- Schotte, C.K; Maes, M; Cluydts, R. y cols. (1997) Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *J Affect Disord*; 46: 115-125.
- Schumacher, M; Ochmichen, M; Konig, H.G; y cols.. (1983); Intravital and postmortal CT examinations in cerebral gunshot injuries. *Rofo Fortschr Geb Roentgenstr NTWearmed*; 139:58.
- Scourfield, J; Fincham, B; Langer, S. y Shiner, M. (2012). Sociological autopsy: An integrated approach to the study of suicide in men. *Social Science , y Medicine*, 74(4),

466-473. doi:10.1016/j.socscimed.2010.01.054

Secades, R. Y Fernández J.R. (2003) The validity of self –reports in a follow up study. *Addictive behaviors*, 28, 1175-1182.

Serrano, J.B. y cols. (2010). A vueltas con el error de otelo: Aplicación del modelo de control de fuentes a la credibilidad del testimonio y su afectación por la carga emocional. *Psicothema*, 22(1), 125-130.

Shneidman, E. S. (1994). The Psychological Autopsy. *American Psychologist*, 49 74-76.

Sierra, J.; Jiménez, E. y Bunce, D. (2.001) Técnicas de evaluación en Psicología Jurídica y forense. Documento elaborado para el Máster Internacional en Psicología Forense. Universidad de Granada.

Simpson, K. (1981) *Medicina Forense*, Barcelona Ed. Espasa

Smolensky, M. H; Di Milia, L; Ohayon, M. M. y Philip, P. (2011). Sleep disorders, medical conditions, and road accident risk. *Accident Analysis and Prevention*, 43(2), 533-548.

Snyder, M. (1995). Apariencias públicas, realidades privadas. En M.D. Avia y M.L. Sánchez (Eds.), *Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales* (pp.383-412). Madrid. Ed. Pirámide.

Sobral, J. y Arce, R. (1990). *La Psicología social en la sala de justicia. El jurado y el testimonio*. Barcelona. Ed. Paidós.

Sobral, J. Arce, R. y Prieto, A. (1994). *Manual de Psicología Jurídica* . Madrid: Ed. Paidós.

Sonkin, D; Martin, D. y Walker, L. (1985). *The male battered*. New York: Ed. Springer.

Spirito, A; Sterling, C.M. y Donaldson, D.L. (1996) *Factor Analysis of the Suicide Intent*

-
- Scale With Adolescent Suicide Attempters. *J Person Assessment*; 67(1):90-101.
- Spitzer, R. y Williams, J.B.W. (1998) *Structural Clinical Interview for DSM-III-R Upjohn Version (SCID-UP-R) rev.* New York. NY: New York State Psychiatric Institute,.
- Spoerri, A; Egger, M; y Von Elm, E. (2011). Mortality from road traffic accidents in switzerland: Longitudinal and spatial analyses. *Accident Analysis and Prevention*, 43(1), 40-48.
- Steinmetz, S.K. (1977). *The Cycle of Violence*. New York: Ed. Praeger.
- Teke, A (2001). *Medicina Legal*, 2ª edición, Santiago de Chile. Ed. Técnicas Mediterráneo.
- Tellez, J. y Forero, J. (2006) *Suicidio. Neurobiología, Factores de Riesgo y Prevención*. Nuevo Milenio. Bogotá. Colombia.
- Tena, G. (1985). Importancia del análisis toxicológico forense. *Madrid Revista Española de Medicina Legal* 44-45: 5-12..
- Terroba, G. y Saltijeral, M.T. (1983),. *La Autopsia Psicológica como método para el estudio del suicidio*. *Salud Pública México* Vol.25. México.
- Thompson, P. M; Bernardo, C. G; Cruz, D. A; Ketchum, N. S. y Michalek, J. E. (2012). Agreement between symptoms from subjects with severe mental illness and that seen by the next of kin, relevance to the postmortem psychological autopsy. *Biological Psychiatry*, 71(8), 214S-215S.
- Tocaven, R. (1993) *Curso Internacional Victimología y Delito*. La Habana.
- Toledo, F; Martí-Belda, A; Lloret, M.C. y Chofré, E. (2002). *Seguridad vial, alcohol y accidentes de tráfico* Ed. Intras.

-
- Urrea, J. (2002). *Tratado de Psicología Forense*. Madrid: Ed. Siglo XXI
- Vargas, E; (1991) *Medicina forense y deontología médica*, México Ed. Trillas.
- Vázquez, C. y Jiménez, F (2000). Depresión y manía. En: A. Bulbena, G. Berrios, P. Fernández de Larrinoa. (eds). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Ed. Masson S.A.; pp 267-268, 291-293.
- Vels, A. (1983). *Diccionario de grafología y términos psicológicos afines*. Barcelona. Ed. Herder
- Verde, A; y Nurra, A. (2010). Criminal profiling as a plotting activity based on abductive processes. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 829-849.
- Vizán, R; Henry, M; Gracia, R; González de Rivera y Revuelta, J.L. (1993). Acontecimientos vitales y conducta autodestructiva. *Actas Luso-Españolas Neurol Psiquiatr*; 21(5): 205-210.
- Von Henting, H. (1948). *The criminal and his victim*. Yale University Press, New Haven.
- Walker, L.E. (1986). Psychological causes of family violence. En Lystad, M. (Ed.) *Violence in the home. Interdisciplinary perspectives*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Ward, K. (2010). Examining the use of psychological autopsy interviews in a case of suspected youth suicide. *ProQuest Information and Learning*. Untitled, 71(6-)
- Weiss, J. C. y McDevitt, J. (2011). Group work with victims of hate crimes. In (pp. 233-249) Oxford University Press.
- Williamson, A; Lombardi, D. A; Folkard, S; Stutts, J; Courtney, T. K; y Connor, J. L.

(2011). The link between fatigue and safety. *Accident Analysis and Prevention*, 43(2), 498-515.

Wilson, P.H.; Spence, S.H. y Kavanagh, D.J. (1989) *Técnicas de entrevista clínica*. Madrid Ed. Martínez Roca.

Wigmore, J.H. (1937) *the sciencia of judicial proof*. Boston.: Ed. Little Brown Rcuperado en http://www.archive.org/stream/principlesofjudi/principlesofjudi_djvu.txt

World Health Organization. (1992) *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. Geneva: WHO.

Young, R.C; Nysewander, R.W. y Schreiber, M.T. (1982). Mania rating at discharge from hospital. a follow-up. *J Nerv Ment Dis*; 170: 638-639.

Young, T. (1992). Procedures and problems in conducting a psychological autopsy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36 (1), 43-52.

Zuckerman, M; Eysenck, S.B.G. y Eysenck, H.J. (1978) Sensation-seeking in England and America: Cross-cultural age, and sex comparison. *Journal of Colsulting and Clinical Psychology*; 46: 139-49.

5. ANEXOS

CUADERNO DE APLICACIÓN VAAP:

DATOS DEL ENTREVISTADO:

Código: Nivel de Estudios.....

Edad: Estado Civil: Sexo: Varón Mujer

Relación con el Occiso: Familiar (tipo): Amigo:

Compañero de: Relación Laboral:

Tiempo de duración de la relación:

Con qué frecuencia se veían:

Última vez que lo vio antes de morir:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL OCCISO:

Nombre y Apellidos: Sexo Varón Mujer

Edad: Estado Civil: Nº de Hijos:

Profesión: Nacionalidad: Religión:

Lugar de nacimiento: Fecha Nacimiento:

Domicilio de Residencia: Provincia:

Algún tipo de dependencia: Minusvalía:

Nivel de Estudios:

CAUSA DE LA MUERTE

(Reproducir lo que textualmente dicen los a llegados):

.....

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- ¿Vive su madre?:
- ¿Vive su padre?:
- ¿Tiene hermanos?:
- ¿Algún familiar ha padecido o ha estado en tratamiento: por convulsiones , alcoholismo , drogadicción , o internado en sanatorio psiquiátrico?

ANTECEDENTES PERSONALES, PSICOBIOGRAFÍA

PRIMERA INFANCIA:

- ¿Qué recuerdos le contaron de embarazo o parto?, normal , deseado si o no .
- ¿Qué recuerdos tenía de su familia en la infancia?
- ¿Sabe si sufrió algún TCE , meningitis , ataques , convulsiones
- ¿Recuerda si tardó mucho en aprender a hablar y andar?:
- ¿Fue al colegio? ¿Universidad? ¿Cuántos años?.....- ¿Qué estudios tenía? ..

ADOLESCENCIA

- Vida Social ¿Era sociable , poco sociable , insociable , solitario , retraído
- Vida sexual: ¿Cómo reaccionó ante la menarquía....., poluciones....., y primeras actividades sexuales y amorosas?.....
- Vida escolar. ¿Qué recuerdos tenía de ella durante en su etapa de adolescencia?:.....
- Hábitos: Alcohol, drogas (historia de adicción):.....

EDAD ADULTA

- Sabe si Servicio militar: ¿lo hizo?¿Dónde?¿Por qué no lo hizo?.....
- ¿Sabe si sufrió arrestos?¿Por qué motivos?.....
- ¿Sabe si Contrajo enfermedades venéreas?..... ¿Alcohol, drogas?.....
- Sabe su Profesión u Oficio:¿En que trabajo?.....
- ¿Sabe si se encontraba satisfecho?¿Sabe si había cambiado de trabajos?.....
- Matrimonio: ¿Sabe si era feliz en su matrimonio?.....
- ¿Sabe si quería a su cónyuge?..... ¿Y a sus hijos?.....
- Aspecto Religioso....., Político....., Relaciones Sociales....., Económico,.....
- Salud Mental: Sabe si había estado en tratamiento psiquiátrico,..... Antidroga
- Antecedentes penales: ¿había estado recluido en prisión?..... ¿Cuántas veces?.....

¿Por qué motivos?.....

ESTADO ACTUAL

¿Cómo se encontraba?¿Se sentía enfermo?.....

¿Qué le pasaba?.....¿Desde cuándo?.....

¿Sabe, o como piensa que le empezó?.....

¿Tenía apetito?¿Había perdido peso?

¿Que tal dormía?¿padecía insomnio?..... ¿Sabe usted si tenía pesadillas?.....

¿Presentaba un estado de Nerviosismo? , ¿Inquietud? , ¿Ansiedad? , ¿Agitación? , ¿Ataques? , ¿Convulsiones? , ¿Crisis de nervios? , ¿Menciono en alguna ocasión que en su cuerpo había algo extraño? .

¿Se notaba cambiado últimamente?

¿Se reprochaba alguna mala acción?

Se encontraba actualmente bajo algún tratamiento médico, psiquiátrico, o de desintoxicación de drogas?.....

SUBTEST DE EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA

CUESTIONARIO 1

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 10 años antes de morir y compare cómo era en el momento de la muerte. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de estos años en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntaremos a continuación:

Puntúe con los siguientes criterios:

Había mejorado mucho	Había mejorado un poco	Apenas había cambiado	Había empeorado un poco	Había empeorado mucho
1	2	3	4	5

- 1. Tenía capacidad para reconocer las caras de sus personas más íntimas (parientes, amigos)
- 2. Tenía capacidad para recordar los nombres de estas mismas personas.
- 3. Recordaba las cosas de esas personas (dónde vivían, de qué vivían, cuándo era su cumpleaños)
- 4. Recordaba cosas que habían ocurrido recientemente, en los últimos 2 o 3 meses
- 5. Recordaba lo que había hablado en una conversación unos días antes.
- 6. Olvidaba lo que se había dicho unos minutos antes, se paraba a la mitad y repetía lo que ha dicho.

CUESTIONARIO 2

Por favor responda con sinceridad. Debe responder si es CIERTA o FALSA la frase.

Recuerde que:

extremadamente relacionado	bastante relacionado	ligeramente relacionado	ni lo uno ni lo otro o los dos a la vez
3	2	1	0

Ejemplo:

CIERTO 3 2 1 0 1 2 3 FALSO significa extremadamente falso.

CIERTO 3 2 1 0 1 2 3 FALSO significa ligeramente cierto.

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1.- Dejaba de consumir, sin problemas cada vez que quería | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 2.- No pudo dejarlo por más que lo intento | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 3.- Pudo resistir las ganas de consumir todo el tiempo que quería | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 4.- Necesitaba Consumir cada vez con más frecuencia | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 5.- Consumir lo relajaba y / o tranquilizaba | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 6.- Últimamente necesitaba consumir más veces que antes | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 7.- Si tenía ganas de consumir tenía que hacerlo inmediatamente | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 8.- No podía parar de consumir hasta que algo se lo impedía | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 9.- Cuando no consumía decía que sentía inquietud o nerviosismo | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 10.- Si le impedían consumir no sentía molestias ni intranquilidad | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |
| 11.- Decía que sentía placer al consumir | CIERTO 3 2 1 0 -1 -2 -3 FALSO |

TOTAL

CUESTIONARIO 3

Conteste a las siguientes cuestiones, haciendo referencia al último año de vida.

1. ¿Con qué frecuencia tomaba alguna “bebida” que contenía alcohol?

Nunca , Una o menos mes , 2/4 veces mes , 2/3 veces semana , 4 o + veces semana

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” tomaba durante un día típico en el que había bebido?

1 o 2 , 3 o 4 , 5 o 6 , 7 a 9 , 10 o más .

3. ¿Con qué frecuencia tomaba seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

Nunca , - de una vez mes , Mensualmente , Semanalmente , A diario

4. ¿Con qué frecuencia se sentía incapaz de dejarlo una vez que había comenzado?

Nunca , - de una vez mes , Mensualmente , Semanalmente , A diario

5. ¿Con qué frecuencia no pudo hacer lo que se esperaba de él/ella debido a la bebida?

Nunca , - de una vez mes , Mensualmente , Semanalmente , A diario

6. ¿Con qué frecuencia necesito beber por la mañana para funcionar tras una noche en que había bebido mucho?

Nunca , - de una vez mes , Mensualmente , Semanalmente , A diario

7. ¿Con qué frecuencia se sintió culpable con remordimientos después de haber bebido?

Nunca , - de una vez mes , Mensualmente , Semanalmente , A diario

8. ¿En cuántas ocasiones dijo no recordar lo sucedido la noche anterior por haber bebido?

Nunca , - de una vez mes , Mensualmente , Semanalmente , A diario

9. ¿Daño o sufrido algún daño como consecuencia de haber bebido?

No , Sí, pero no en el último año , Sí, el último año

10. ¿Algún pariente, amigo o médico le expreso preocupación o sugirió dejar de beber?

No , Sí, pero no en el último año , Sí, el último año

TOTAL

CUESTIONARIO 4

	0	Ausente
	1	Posible o moderada, sólo cuando se le pregunta
1. Estaba Eufórico	2	Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido: optimista, seguro de sí mismo, alegre.
	3	Elevada e inapropiada
	4	Grave y desorganizada
<hr/>		
	0	Ausente
	1	Subjetivamente aumentada
2. Hiperactivo	2	Vigoroso/a, hipergestual
	3	Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud
	4	Agitación o hiperactividad constante
<hr/>		
	0	No aumentado
	1	Posible o moderadamente aumentado
3. Impulso sexual	2	Claro aumento al preguntar
	3	Elevado, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
	4	Actos o incitaciones sexuales evidentes
<hr/>		
	0	No reducido
	1	Disminución en menos de una hora
4. Sueño	2	Disminución en más de una hora
	3	Refiere disminución de la necesidad de dormir
	4	Niega necesidad de dormir
<hr/>		
	0	Ausente
	2	Subjetivamente aumentada
5. Irritabilidad	4	Irritabilidad fluctuante, episodios recientes de rabia o enfado
	6	Predominantemente irritable, brusco y cortante
	8	Hostil, no colaborador/a, no entrevistable

	0	No aumentada
	2	Sensación de locuacidad
6. Expresión verbal	4	Aumentada de forma fluctuante, prolijidad
	6	Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva
	8	Verborrea ininterrumpible y continua
	<hr/>	
	0	Ausentes
	2	Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento
7. Trastornos pensamiento	4	Distracción clara, descarrilamiento, taquipsiquía
	6	Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia
	8	Incoherencia, ininteligibilidad
	<hr/>	
	0	Ausentes
	2	Planes discutibles, nuevos intereses
8. Trastornos. formales del pensamiento	4	Proyectos especiales, misticismo
	6	Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
	8	Delirios, alucinaciones
	<hr/>	
	0	Ausente
	2	Sarcástico/a, enfático/a, lacónico/a
9. Agresividad	4	Querulante, pone en guardia
	6	Amenazador/a, habla a gritos, entrevista difícil
	8	Agresivo/a, destructivo/a, entrevista imposible
	<hr/>	
	0	Indumentaria apropiada y limpia
	1	Ligeramente descuidada
10. Apariencia	2	Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada
	3	Despeinado/a, semidesnudo/a, maquillaje llamativo
	4	Completamente desaseado/a, adornado/a, indumentaria bizarra
	<hr/>	
	0	Presente, admite la enfermedad, acepta tratamiento
	1	Según él/ella, posiblemente enfermo/a
11. Conciencia de enfermedad	2	Admite cambio de conducta, pero niega enfermedad
	3	Admite posible cambio de conducta, niega enfermedad
	4	Niega cualquier cambio de conducta
	<hr/>	

CUESTIONARIO 5

En este cuestionario aparecen varias afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una y señale la más correcta mejor lo describa antes de su fallecimiento.

- | | | |
|-------|---|--|
| | 0 | No se sentía triste. |
| 1 | 1 | Se sentía triste. |
| | 2 | Se sentía triste continuamente y no podía dejar de estarlo. |
| | 3 | Se sentía tan triste o tan desgraciado que no podía soportarlo. |
| <hr/> | | |
| | 0 | No se sentía especialmente desanimado respecto al futuro. |
| 2 | 1 | Se sentía desanimado respecto al futuro. |
| | 2 | Se sentía que no tenía que esperar nada. |
| | 3 | Se sentía que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. |
| <hr/> | | |
| | 0 | No se sentía fracasado. |
| 3 | 1 | Creía que había fracasado más que la mayoría de las personas. |
| | 2 | Cuando miraba hacia atrás, sólo veía fracaso tras fracaso. |
| | 3 | Se sentía una persona totalmente fracasada. |
| <hr/> | | |
| | 0 | Las cosas le satisfacían tanto como antes. |
| 4 | 1 | No disfrutaba de las cosas tanto como antes. |
| | 2 | Ya no obtenía una satisfacción auténtica de las cosas. |
| | 3 | Estaba insatisfecho o aburrido de todo. |
| <hr/> | | |
| | 0 | No se sentía especialmente culpable. |
| 5 | 1 | Se sentía culpable en bastantes ocasiones. |
| | 2 | Se sentía culpable en la mayoría de las ocasiones. |
| | 3 | Se sentía culpable constantemente. |
| <hr/> | | |
| | 0 | .No creía que estuviese siendo castigado. |
| 6 | 1 | Se sentía como si fuese a ser castigado |
| | 2 | Esperaba ser castigado. |
| | 3 | Se sentía que estaba siendo castigado. |
| <hr/> | | |
| | 0 | .No estaba decepcionado de sí mismo. |
| 7 | 1 | Estaba decepcionado de mí mismo. |
| | 2 | Le daba vergüenza de sí mismo. |
| | 3 | Se detestaba. |
-

	0	No se consideraba peor que cualquier otro.
8	1	Se autocriticaba por sus debilidades o por sus errores.
	2	Continuamente se culpaba por sus faltas.
	3	Se culpaba por todo lo malo que sucedía.
	0	No tenía ningún pensamiento de suicidio.
9	1	A veces pensó en suicidarse, pero no lo cometería.
	2	Deseaba suicidarse.
	3	Se suicidaría si tuviese la oportunidad.
	0	No lloraba más de lo que solía.
10	1	Al final lloraba más que antes.
	2	Lloraba continuamente.
	3	Antes era capaz de llorar, pero al final no podía, incluso aunque quiera
	0	No estaba más irritado de lo normal en él.
11	1	Se molestaba o irritaba más fácilmente que antes.
	2	Se sentía irritado continuamente.
	3	No se irritaba absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
	0	No había perdido el interés por los demás.
12	1	Estaba menos interesado en los demás que antes.
	2	Había perdido la mayor parte de su interés por los demás.
	3	Había perdido todo el interés por los demás
	0	Tomaba decisiones más o menos como siempre había hecho.
13	1	Evitaba tomar decisiones más que antes.
	2	Tomar decisiones le resultaba mucho más difícil que antes.
	3	Ya le era imposible tomar decisiones.
	0	No tenía peor aspecto que antes.
14	1	Creía que parecía más viejo o poco atractivo.
	2	Creía tener cambios permanentes su aspecto que le hacían poco atractivo
	3	Creía que tenía un aspecto horrible.
	0	Trabajaba igual que antes.
15	1	Le costaba un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
	2	Tenía que obligarse mucho para hacer algo.
	3	No podía hacer nada en absoluto.

	0	Dormía tan bien como siempre.
	1	No dormía tan bien como antes.
16	2	Se despertaba una o dos horas antes de lo habitual y le resulta difícil volver a dormir.
	3	Se despertaba varias horas antes de lo habitual y no podía volverse a dormir.
<hr/>		
	0	No se sentía más cansado de lo normal.
	1	Se cansaba más fácilmente que antes.
17	2	Se cansaba en cuanto hacia cualquier cosa.
	3	Estaba demasiado cansado para hacer nada.
<hr/>		
	0	Su apetito no había disminuido.
	1	No tenía tan buen apetito como antes.
18	2	Antes de morir tenía mucho menos apetito.
	3	Había perdido completamente el apetito.
<hr/>		
	0	Últimamente había perdido poco peso o no había perdido nada.
	1	Había perdido más de 2 kilos y medio.
19	2	Había perdido más de 4 kilos.
	3	Había perdido más de 7 kilos.
<hr/>		
Estaba a dieta para adelgazar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
	0	No estaba preocupado por su salud más de lo normal.
	1	Estaba preocupado por dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
20	2	Estaba preocupado por sus problemas físicos y le resultaba difícil pensar en algo más.
	3	Estaba tan preocupado por sus problemas que era incapaz de pensar en cualquier cosa
<hr/>		
	0	No había observado ningún cambio reciente en su interés por el sexo
	1	Estaba menos interesado por el sexo que antes
21	2	Estaba mucho menos interesado por el sexo
	3	Había perdido totalmente su interés por el sexo
<hr/>		
TOTAL:		

CUESTIONARIO 6

Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que él había sentido o hecho antes de morir. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un “SI” o “NO”.

- 1.- ¿Tomaba de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir? SI NO
- 2.- ¿Tenía dificultades para conciliar el sueño? SI NO
- 3.- ¿A veces dijo que notaba que podría perder el control sobre sí mismo/a? SI NO
- 4.- ¿Tenía poco interés en relacionarse con la gente? SI NO
- 5.- ¿Veía su futuro con más pesimismo que optimismo? SI NO
- 6.- ¿Se había sentido alguna vez inútil o inservible? SI NO
- 7.- ¿Veía su futuro sin ninguna esperanza? SI NO
- 8.- ¿Alguna vez se vio tan fracasado que sólo quería estar en la cama y abandonarlo todo? SI NO
- 9.- ¿Estaba deprimido/a ahora? SI NO
- 10.- ¿Estaba usted separado/a, divorciado/a, viudo/a? SI NO
- 11.- ¿Sabía si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez? SI NO
- 12.- ¿Alguna vez se había sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien? SI NO
- 13.- ¿Había pensado alguna vez en suicidarse? SI NO
- 14.- ¿Le había comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? SI NO
- 15.- ¿Había intentado alguna vez quitarse la vida? SI NO

PUNTUACIÓN:

CUESTIONARIO 7

I. Circunstancias objetivas

	Alguien presente	
1.- Aislamiento:	Alguien próximo o contacto visual o verbal (Eje. teléfono)	
	Nadie cerca o en contacto	
	La intervención es muy probable	
2.- Medida del tiempo:	La intervención es poco probable	
	La intervención es altamente improbable	
	Ninguna	
3.- Precauciones	Precauciones pasivas (Los evita pero no previene su intervención)	
	Toma precauciones activas (Eje. cerrando la puerta)	
4.- Conseguir ayuda durante o después del intento:	Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda	
	Colaborador contactado, pero no específicamente avisado	
	No contactó, ni avisó a nadie	
5.- Actos finales de la muerte. (Legado, testamento, seguro...)	Ninguno	
	Preparación parcial, planificación para la tentativa	
	Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales	
	Ninguna	
6.- Preparación activa	Mínima o moderada	
	Importante	
	Ninguna	
7.- Nota suicida:	Nota escrita, pero rota, no terminada, pensó escribirla	
	Presencia de nota	
8.- Comunicación verbal (ideas o planes suicidas)	No comunicación verbal	
	Comunicación ambigua “Estoy cansado de la vida”	
	Comunicación no ambigua. “Quiero morir”, “Tomar pastillas”	

III Otros Aspectos:

	Arrepentido d el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza	
16.- Reacción a intentos:	Acepta tanto el intento como su fracaso	
	Rechaza el fracaso del intento	
	Vida después de la muerte, reunión con fallecidos	
17.-Preconcepción de muerte:	Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas	
	No concepciones de / o pensamientos sobre la muerte	
	Ninguno	
18.- Nº intentos previos:	1 o 2	
	3 o más	
	Ingesta previa, sin relación, insuficiente para deteriorar la realidad	
19.- Relación con alcohol	Ingesta suficiente capacidad de juicio disminuida la responsabilidad	
	Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento	
	Ingesta previa, sin relación, insuficiente para deteriorar la realidad	
20.- Relación con drogas	Ingesta suficiente capacidad de juicio disminuida la responsabilidad	
	Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento	

PUNTUACIÓN:

CUESTIONARIO 8

A: Casi nunca	B: Algunas veces	C: A menudo	D: Casi siempre
---------------	------------------	-------------	-----------------

	A	B	C	D
1. Se sentía descansado				
2. Sentía que recaían sobre él excesivas tareas				
3. Estaba enfadado o irritable				
4. Tenía demasiadas cosas que hacer				
5. Se sentía solo o aislado				
6. Se encontraba ante situaciones conflictivas				
7. Sentía que estaba haciendo cosas que realmente deseaba				
8. Se sentía cansado				
9. Temía que no iba a poder alcanzar sus objetivos				
10. Se sentía tranquilo				
11. Tenía demasiadas decisiones que tomar				
12. Se sentía frustrado				
13. Se sentía lleno de energía				
14. Se sentía tenso				
15. Sus problemas parecían amontonarse				
16. Tenía la sensación de ir demasiado deprisa				
17. Se sentía seguro y protegido				
18. Tenía muchas preocupaciones				
19. Estaba bajo presión de otras personas				
20. Se sentía desalentado				
21. Se divertía				
22. Tenía miedo del futuro				
23. Sentía que hacía las cosas porque tenía que hacerlas no porque quisiera hacerlas				
24. Se sentía criticado o juzgado				
25. Se sentía alegre				

19.- Era una persona que pensaba sin distraerse					
20.- Cambiaba de vivienda a menudo					
21.- Compraba cosas impulsivamente					
22.- Terminaba lo que empezaba					
23.- Caminaba y se movía con rapidez					
24.- Resolvía los problemas experimentando					
25.- Gastaba efectivo o en crédito más de lo que gano					
26.- Hablaba rápido					
27.- Tenía pensamientos extraños cuando estaba pensando					
28.- Le interesaba más el presente que el futuro					
29.- Estaba inquieto si tenía que oír charlas por un largo periodo de tiempo					
30.- Planificaba el futuro (comentaba: me interesa más el futuro que el presente)					
I COGNITIVA	I MOTORA	I NO PLANEADA	I TOTAL		

CUESTIONARIO 10

	SI	NO
1.- A menudo desearía ser un escalador de montañas		
2.- Me gustan algunos olores corporales		
3.- Me gustan las fiestas desenfadadas y desinhibidas		
4.- No puedo permanecer en el cine cuando he visto la película		
5.- Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos		
6.- Me gusta explorar una ciudad o barrio desconocido aunque pueda perderme		
7.- Me gusta la compañía de personas liberadas que practican el “cambio de parejas” .		
8.- Me aburro de ver las mismas caras de siempre		
9.- Me gustaría practicar el esquí acuático		
10.- He probado marihuana u otras hierbas, o me gusta hacerlo		
11.- A menudo me gusta ir colocado (bebiendo alcohol o fumando hierba)		
12.- Cuando puedes predecir lo que va a decir o hacer una persona, puedes considerarla aburrida		

13.- Me gustaría practicar el wind-surfing		
14.- He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones		
15.- Me gusta tener experiencias nuevas, excitantes, aunque sean poco convencionales o incluso ilegales		
16.- No le diviertan las películas o juegos en los que puedo predecir de antemano lo que va a suceder		
17.- Me gustaría aprender a volar en avioneta		
18.- Me gusta probar comidas nuevas que no he probado antes		
19.- Me gusta salir con personas del sexo opuesto que sean físicamente excitantes		
20.- Ver películas o diapositivas de viajes en casa de alguien me aburre tremendamente		
21.- Me gustaría practicar el submarinismo		
22.- Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración ni su itinerario		
23.- Tener muchas bebidas es la clave de una buena fiesta		
24.- Prefiero los amigos que son impredecibles		
25.- Me gustaría probar a lanzarme en paracaídas		
26.- Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales		
27.- Una persona debería tener considerable experiencia sexual antes del matrimonio.		
28.- Estoy intranquilo si no puedo moverme alrededor de mi casa durante un largo periodo de tiempo		
29.- Me gusta saltar desde trampolines altos en piscinas		
30.- Me gustaría conocer personas que son homosexuales (hombres o mujeres)		
31.- Me imagino buscando placeres alrededor del mundo con la jet-set		
32.- El peor pecado social es ser aburrido		
33.- Me gustaría recorrer una gran distancia en un pequeño velero		
34.- Encuentro preciosos los colores chocantes y las formas irregulares de la pintura moderna		
35.- Me gusta ver las escenas sexys de las películas		
36.- Me gusta la gente aguda e ingeniosa, aunque a veces ofenda a otros		

49.- Cuando perdía los estribos, era capaz de abofetear a alguien		
50.- Dijo que después de los diez años, no le volvió a dar una pataleta		
51.- Cuando se ponía furioso/a decía cosas desagradables		
52.- A veces tenía una actitud de “atrévete a meterte conmigo”		
53.- Si la gente conociera sus sentimientos, le considerarían una persona poco llevadera		
54.- Se preguntaba cuál será el motivo oculto de las personas que lo ayudaban		
55.- No podía poner a alguien en su sitio, aunque se lo mereciera		
56.- Decía que el fracasar le daba remordimientos		
57.- Se metía en peleas tan a menudo como los demás		
58.- Recuerdo verle tan furioso que cogía la primera cosa que se encontraba y la rompía		
59.- A menudo hacía amenazas sin intención de llevarlas a cabo		
60.- No podía evitar ser algo maleducado/a con las personas que le caían mal		
61.- Había veces que sentía que la vida había sido injusta con él		
62.- Pensaba que la mayoría de la gente decía la verdad, pero descubrió que no era así		
63.- Generalmente disimulaba la mala opinión que tenía de otras personas		
64.- Cuando hacía algo que estaba mal, su conciencia le castiga severamente		
65.- Si tuviese que usar a la violencia física para defender sus derechos, lo haría .		
66.- Si alguien no lo trataba bien, no dejaba que eso le molestase		
67.- No tenía enemigos que realmente quisieran hacerle daño		
68.- Cuando discutía, tendía a alzar la voz		
69.- A menudo sentía que no llevaba una vida correcta		
70.- Hubo personas que le habían llevado a tal extremo que se emprendieron a golpes		
71.- No dejaba que cosas sin importancia le molestasen		
72.- Era raro escuchar que alguien le trataba de enfurecer o insultar		
73.- Últimamente había estado de mal humor		
74.- Prefería dar su brazo a torcer que discutir por algo		
75.- A veces demostró su enfado dando golpes en una mesa		

TOTAL: Violencia:
 Hostilidad indirecta:
 Irritabilidad:
 Negativismo:
 Resentimientos:
 Recelos:
 Hostilidad verbal:
 Culpabilidad:

CUESTIONARIO 12

1. Normalmente se divertía y disfrutaba de la vida	V	F
2. Confiaba en la gente que conocía	V	F
3. No era minucioso con los detalles pequeños	V	F
4. No podía decidir qué tipo de persona quería ser	V	F
5. Mostraba sus sentimientos a todo el mundo	V	F
6. Dejaba que los demás tomaran decisiones importantes por él	V	F
7. Se preocupaba si oía malas noticias sobre alguien que conocía	V	F
8. Ceder a algunos de sus impulsos le causa problemas	V	F
9. Mucha gente que conozco le envidiaba	V	F
10. Daba su opinión general sobre las cosas y no le preocupaban los detalles	V	F
11. Nunca le habían detenido	V	F
12. La gente creía que era frío y distante	V	F
13. Se metía en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
14. La mayoría de la gente era justa y honesta con él	V	F
15. La gente tenía una gran opinión sobre él	V	F
16. Se sentía molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Se sentía fácilmente influido por lo que le rodeaba	V	F
18. Normalmente se sentía mal cuando hacía daño o molestaba a alguien	V	F
19. Le resultaba muy difícil tirar las cosas	V	F

20. A veces rechazaba un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
21. Cuando le alababan o criticaban manifestaba su reacción hacia los demás	V	F
22. Usaba a la gente para lograr lo que quería	V	F
23. Pasaba demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo, la gente se reía de él, a sus espaldas	V	F
25. Nunca había amenazado con suicidarse, ni se había auto lesionado a propósito	V	F
26. Sus sentimientos son como el tiempo, siempre estaban cambiando	V	F
27. Para evitar críticas prefería trabajar solo	V	F
28. Le gustaba vestirse para destacar entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr sus propósitos	V	F
30. Era más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
31. Tenía poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
32. La gente creía que era demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Generalmente se sentía incómodo o desvalido si estaba solo	V	F
34. No le gustaba relacionarse con gente hasta que no estaba seguro de que les gustaba	V	F
35. No le gustaba ser el centro de atención	V	F
36. Creía que su cónyuge (amante) le podía ser infiel	V	F
37. La gente pensaba que tenía muy alto concepto de él mismo	V	F
38. Cuidaba mucho lo que les decía a los demás sobre él mismo	V	F
39. Le preocupaba no gustar a la gente	V	F
40. A menudo decía sentirse vacío por dentro	V	F
41. Trabajaba tanto que no tenía tiempo para nada más	V	F
42. Le daba miedo que le dejaran solo y tener que cuidar de sí mismo	V	F
43. Tenía ataques de ira o enfado	V	F
44. Tenía fama de que le gustaba “flirtear	V	F
45. Se sentía muy unido a gente que acababa de conocer	V	F
46. Prefería las actividades que podía hacer por sí mismo	V	F
47. Perdía los estribos y se metía en peleas	V	F
48. La gente pensaba que era tacaño con su dinero	V	F
49. Con frecuencia buscaba consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F

50. Para caer bien a la gente se ofrecía a realizar tareas desagradables	V	F
51. Tenía miedo de ponerse en ridículo ante gente conocida	V	F
52. A menudo confundía objetos o sombras con gente	V	F
53. Era muy emocional y caprichoso	V	F
54. Le resultaba difícil acostumbrarse a hacer cosas nuevas	V	F
55. Soñaba con ser famoso	V	F
56. Se arriesgaba y hacía cosas temerarias	V	F
57. Pensaba que todo el mundo necesitaba uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Veía amenazas ocultas en lo que le decían algunas personas	V	F
59. Normalmente trataba de que la gente hiciera las cosas a su manera	V	F
60. Cuando estaba estresado las cosas que le rodeaban no le parecían reales	V	F
61. Se enfadaba cuando la gente no quería hacer lo que le pedía	V	F
62. Cuando finalizaba una relación, tenía que empezar otra rápidamente	V	F
63. Evitaba actividades que no le resultaban familiares para no sentirse molesto tratando de hacerlas	V	F
64. Daba su opinión general sobre las cosas y no se preocupaba por los detalles	V	F
65. Prefería asociarse con gente de talento	V	F
66. Había sido víctima de ataques injustos sobre su carácter o su reputación	V	F
67. No solía mostrar emoción	V	F
68. Hacía cosas para que la gente le admirase	V	F
69. Solía ser capaz de iniciar sus propios proyectos	V	F
70. La gente pensaba que era extraño o excéntrico	V	F
71. Se sentía cómodo en situaciones sociales	V	F
72. Mantenía rencores contra la gente durante años	V	F
73. Le resultaba difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependía	V	F
74. Le resultaba difícil no meterse en líos	V	F
75. Llegaba al extremo para evitar que la gente lo dejase	V	F
76. Cuándo conocía a alguien no hablaba mucho	V	F
77. Tenía amigos íntimos	V	F

CUESTIONARIO 13

Respuestas se establecen utilizando una escala de:

1 “Muy en desacuerdo” a 5 “Muy de acuerdo”:

ÍTEMS	1	2	3	4	5
1 Creía que tengo buenas cualidades.					
2 Le gustaría tener más respeto por sí mismo (I)					
3 Sentía que era persona valiosa, al menos tanto como otras personas.					
4 No tenía motivos para enorgullecerse (I)					
5 Tenía una actitud positiva					
6 Con frecuencia se sentía inútil (I)					
7 Se inclinaba a pensar que era un fracasado (I)					
8 Hacía las cosas tan bien como la mayor parte de la gente					
9 Con frecuencia pensaba que no era bueno (I)					
10 En general, se encontraba satisfecho consigo mismo					
Total					

CUESTIONARIO 14

Por favor, lea la siguiente lista y marque en qué medida cada persona (o grupo de personas) le proporcionaba apoyo en los últimos momentos de su vida.

Miembros de la familia:	NO	Algo	Mucho	No existe esa Persona
1.- Su mujer/marido u otras personas allegadas				
2.- Sus hijos o nietos				
3.- Sus padres o abuelos				
4.- Sus hermanos o hermanas				
5.- Sus otros parientes de sangre				
6.- Sus parientes por matrimonio(políticos, ex – cónyuge)				

Miembros NO familiares: NO Algo Mucho No existe esa Persona

7.- Sus vecinos

8.- Sus compañeros de trabajo

9.- Miembros de su Iglesia

10.- Sus otros amigos

Persona especial que proporciona apoyo: NO Algo Mucho No existe esa Persona

11.- ¿Tenía una persona en la que confiaba y podía acudir cuando tenía problemas personales?

12.- Si ha respondido “SI” ¿qué persona era?

Por favor, lea la siguiente lista y marque en qué medida cada persona (o grupo de personas) le provocaban estrés en el último momento de su vida.

Miembros de la familia: NO Algo Mucho No existe esa Persona

1.- Su mujer/marido u otras personas allegadas

2.- Sus hijos o nietos

3.- Sus padres o abuelos

4.- Sus hermanos o hermanas

5.- Sus otros parientes de sangre

6.- Sus parientes por matrimonio(políticos, ex – cónyuge)

Miembros NO familiares: NO Algo Mucho No existe esa Persona

7.- Sus vecinos

8.- Sus compañeros de trabajo

9.- Miembros de su Iglesia

10.- Sus otros amigos

Persona especialmente estresante:

11.- ¿Existía una persona en particular que le causaba un gran estrés en ese momento? SI NO

12.- Si ha respondido “SI” ¿qué persona es?

Apoyo TOTAL

Apoyo Familiar:

Apoyo No Familiar:

Estrés TOTAL

Estrés Familiar:

Estrés No Familiar

CUESTIONARIO 15

SUCESOS VITALES

Marcar sucesos acaecidos en los últimos 6 y /o 12 meses antes de su muerte

A) SALUD: UCV

1. Lesión, enfermedad le obligó a guardar cama durante una semana, o hizo necesaria su hospitalización	74
2. Una lesión o enfermedad menos seria que la anterior	44
3. Una sesión dental de importancia	26
4. Cambio importante en los hábitos alimenticios	27
5. Cambio importante en los hábitos del sueño	26
6. Cambio importante en el tipo o cantidad de recreación	28
Total	

B) TRABAJO:

7. Cambio a un nuevo tipo de trabajo	51
8. Cambio en el horario o condiciones del trabajo	35
9. Cambio en su responsabilidad laboral (más responsabilidad)	29
10. Cambio en su responsabilidad laboral (menos responsabilidad)	21
11. Cambio en su responsabilidad laboral (ascenso)	31
12. Cambio en su responsabilidad laboral (pérdida de categoría)	42
13. Cambio en su responsabilidad laboral (traslado)	32
14. Problemas laborales (con su jefe)	29
15. Problemas laborales (con sus compañeros)	35
16. Problemas laborales (con personal subordinado)	35
17. Otros problemas laborales	28
18. Reajuste importante en el negocio o la empresa (fusión, quiebra, reorganización..)	60
19. Jubilación	52
20. Pérdida del empleo (abandono)	68
21. Pérdida del empleo (despido)	79
22. Curso por correspondencia para ayudarle en su trabajo	18
TOTAL	

C) FAMILIA Y HOGAR:

23. Cambio importante en las condiciones de vida	42
24. Cambio de residencia (dentro de la misma ciudad)	25
25. Cambio de residencia (en ciudad o comunidad diferente)	47
26. Cambios en las reuniones familiares	25
27. Cambio importante en la salud o el comportamiento de un miembro de la familia..	55
28. Matrimonio	50
29. Embarazo	67
30. Aborto	65
31. Aumento de la familia (nacimiento de un bebe)	66
32. Aumento de la familia (adopción de un niño)	65
33. Aumento de la familia (un pariente se traslada con usted)	59
34. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa	46
35. Los hijos abandonan el hogar (a causa del colegio)	41
36. Los hijos abandonan el hogar (a causa de matrimonio)	41
37. Los hijos abandonan el hogar (por otras razones)	45
38. Aumento en el número de disputas con el cónyuge	50
39. Problemas con la familia política	38
40. Cambio en la situación conyugal de sus padres (divorcio).	59
41. Cambio en la situación conyugal de sus padres (segundas nupcias).	50
42. Separación de la pareja (a causa del trabajo).	53
43. Separación de la pareja (a causa de problemas conyugales).	76
44. Divorcio	96
45. Nacimiento de un nieto	43
46. Muerte del cónyuge	119
47. Muerte de otro miembro familiar (hijo)	123
48. Muerte de otro miembro familiar (hermana o hermano)..	102
49. Muerte de otro miembro familiar (pariente)	100
TOTAL	

D) ACTITUD PERSONAL Y SOCIAL:	
50. Cambios en los hábitos personales	26
51. Inicio o fin de los estudios	38
52. Cambio de colegio o universidad	35
53. Cambio en las convicciones políticas	24
54. Cambio en las convicciones religiosas	29
55. Cambio en las actividades sociales	27
56. Vacaciones	25
57. Nueva relación íntima	37
58. Compromiso de boda	45
59. Problemas con la novia o novio	39
60. Dificultades sexuales	44
61. Romper una relación íntima	47
62. Sufrir un accidente	48
63. Violación menor de la ley	20
64. Ser encarcelado	75
65. Muerte de un amigo íntimo	70
66. Tomar una decisión importante en relación con su futuro inmediato	51
67. Éxito personal de gran envergadura	36
TOTAL	
E) SITUACIÓN FINANCIERA:	
68. Cambios importantes en las finanzas (incremento de los ingresos)	38
69. Cambios importantes en las finanzas (decremento de los ingresos).	60
70. Inversión importante y/o dificultades para obtener un préstamo	56
71. Pérdida o detrimento de propiedad personal	43
72. Compra de cierta importancia	20
73. Compra de gran magnitud	37
74. Proximidad en el vencimiento de un préstamo o hipoteca	58
TOTAL	
ÍNDICE SUCESOS VITALES:	
ISV	IRS > 300: Alto riesgo IRS < 150: Bajo riesgo

IDENTIFICACIÓN DEL ESCENARIO

Deja notas escritas y/o grabadas:

Lugar del suceso en relación con su hábitat:

Entorno familiar Social.....laboral.....de Ocio.....

Deja evidencias:

Facturas pagadas.....Casa ordenada.....Ropa poco usual.....

Datos significativos:

Medidas que mitiguen el encontrar el cadáver.....

En función por la causa de la muerte, se ha tenido en cuenta la seguridad del lugar donde se encontró.

“HOJA RESULTADOS VAAP”:

	Siglas de identificación:		Sexo
	Edad:		Estado Civil
	Nivel Educativo		
Datos identificación del entrevistado:	Relación con el occiso	Familiar Tipo:	
		Amigo	
		Compañero de:	
		Relación Laboral	
		Tiempo de duración de la relación	
		Última vez que lo vio antes de morir	
	Nombre y Apellidos:		
	Edad:	Estado Civil	Nº de Hijos
	Profesión	Religión:	Raza
	Sexo	Nivel Educativo	
Datos identificación del occiso:	Lugar de nacimiento		
	Tipo domicilio	Casa	Residencia Actual
		Piso	
	Zona Domicilio	Urbana	Provincia:
		Rural	
Causa de la muerte (Reproducir textualmente):			
Antecedentes familiares:			
Antecedentes personales (Psicobiografía)	PRIMERA INFANCIA:		
	ADOLESCENCIA:		
	EDAD ADULTA:		
	ESTADO ACTUAL:		

SUBTEST DE EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA

		deterioro cognitivo
TRASTORNOS MENTALES	TEST DEL INFORMADOR	deterioro memoria, deterioro funcionalidad capacidad de juicio
ORGÁNICOS		
	ESCALA DE ADICCIÓN	No adicción
	GENERAL	Muy adicto
TRASTORNO CONSUMO		Consumo peligroso
SUSTANCIAS Y ALCOHOL	AUDIT	Posible dependencia alcohólica Consumo perjudicial hipomanía, manía leve
	ESCALA DE MANÍA	manía moderada - severa
EVALUACIÓN		No depresión
TRASTORNOS DEL	INVENTARIO DE DEPRESIÓN	Depresión leve Depresión moderada Depresión grave
HUMOR		
	ESCALA DE RIESGO SUICIDA	
EVALUACIÓN SUICIDA	INTENCIONALIDAD SUICIDA	objetivas tentativa expect. durante tentativa
SITUACIONES		PSQ GENERAL
ESTRESANTES	ESTRÉS PERCIBIDO	PSQ RECIENTE

	ESCALA DE IMPULSIVIDAD.	Impulsividad cognitiva Impulsividad Motora impulsividad no planeada Búsqueda de emociones
	ESCALA DE BÚSQUEDA DE SENSACIONES	Búsqueda de excitación Desinhibición Susceptible al aburrimiento Violencia: Hostilidad indirecta: Irritabilidad: Negativismo: Resentimientos: Recelos: Hostilidad verbal: Culpabilidad
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	INVENTARIO DE HOSTILIDAD	
	AUTOESTIMA	Paranoide Esquizoide Esquizotípico Histriónico Antisocial Narcisista Límite Obsesivo - Compulsivo Dependencia Evitación
	IPDE	

TRASTORNOS DE SOCIO - FAMILIAR	ESCALA DE APOYO SOCIAL Y ESTRÉS	APOYO	familiar no familiar
		ESTRÉS	familiar no familiar
			situación financiera
			actitud personal social
VALORACIÓN DEL ESCENARIO DEL OCCISO	ÍNDICE DE SUCESOS VITALES	ISV	familia y hogar trabajo salud
	Deja notas escritas y/o grabadas:		
	Lugar del suceso en relación con su hábitat:		Entorno familiar Social laboral de Ocio
	Deja evidencias		Facturas pagadas Casa ordenada. Ropa poco usual
	Datos significativos: (Medidas que mitiguen el encontrar el cadáver) Seguridad del lugar donde se encontró.		