

AUTOPSIA PSICOLÓGICA: UNA HERRRAMIENTA ÚTIL EN LA CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO

SANDRA CONSTANZA CAÑÓN¹, SOFÍA GARCÉS PALACIOS², JÉSSICA ECHEVERRI DÍAZ²,
ESTEFANÍA BUSTOS GONZÁLEZ², VALENTINA PÉREZ URIBE², MARIO ANDRÉS ARISTIZABAL LÓPEZ²

Recibido para publicación: 15-09-2016 - Versión corregida: 01-11-2016 - Aprobado para publicación: 03-11-2016

Resumen

El suicidio genera gran impacto en la vida de las personas y en la sociedad, ya que la persona fallecida deja huellas de su emocionalidad en el entorno; muchas de estas son altamente subjetivas y complejas de determinar. Para comprender el fenómeno y todo lo que rodea al suicida hasta llevarlo a tomar la decisión, se utiliza una herramienta práctica como la autopsia psicológica, actualmente usada en diversos países ya que brinda una nueva perspectiva en la patología forense y en la criminalística, elaborando una reconstrucción retrospectiva de la vida de la persona fallecida, sus patrones de conducta, personalidad, y más específicamente el estado mental previo, para así poder definir la causa y manera de muerte, tratar de descifrar la motivación de la misma, puesto que en la mayoría de los casos es de una causa dudosa u equívoca. La autopsia psicológica es de gran utilidad porque aporta información para crear perfiles suicidas que ayudan a la detección precoz de factores de riesgo y de esta manera disminuir las muertes por esta causa.

La presente revisión de tema tiene por objetivo mostrar la utilidad de la autopsia psicológica en diversos campos para así incrementar su uso, rectificar o cambiar la calificación de la escena y esclarecer las circunstancias de muerte.

Palabras clave: autopsia, suicidio, conducta, emociones.

Cañón-Buitrago SC, Garcés-Palacios S, Echeverri-Díaz J, Bustos-González E, Pérez-Uribe V, Aristizabal-López MA. Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. Arch Med (Manizales) 2016; 16(2):410-21.

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 16 N° 2, Julio-Diciembre 2016, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Cañón Buitrago S.C.; Garcés Palacios S.; Echeverri Díaz J.; Bustos González E.; Pérez Uribe V.; Aristizabal López M.A.

1 Psicóloga. Profesor Asociado Universidad de Manizales. Especialista y Magister en Gerencia del Talento Humano. Estudiante Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Docente investigadora, Universidad de Manizales. Correo electrónico: sandraka@umanizales.edu.co

2 Estudiante XII semestre, programa Medicina, Facultad de ciencias de la salud, Universidad de Manizales, Manizales, Caldas, Colombia

Psychological autopsy: a useful tool in the characterization of suicide

Summary

Suicide generates a huge impact on the lives of people and society, because the deceased person leaves traces of emotionality in the environment; many of those traces are highly subjective and complex to determine. Psychological Autopsy is a tool that allows understanding the suicide phenomenon and everything surrounding it, starting on the process of making the decision until suicide. This tool is currently used in many countries for providing a new perspective on forensic pathology and forensic science, also helps to develop a retrospective of the life of the deceased, their patterns of behavior, personality, and more specifically prior mental state, in order to define the cause and manner of death, trying to decipher the reasons for the suicide that in most on the cases are doubtful or completely wrong. That is why the Psychological autopsy is very useful, because it provides information in order to create suicide profiles, that in the future will help in the early detection of risk factors and reduce deaths from suicide.

This topic review has as an objective to show the usefulness of Psychological Autopsy in different fields, in order to increase its use, modify or change the rate on the scene and clarify the death circumstances.

Keywords: *autopsy, suicide behavior, emotions.*

Introducción

Según Schneidman [1], el padre de la suicidología, el suicidio es un “suceso que está dominado por las emociones, más que todo negativas y por el dolor de la psique”. Serfaty [2] *et al*, define el suicidio como una “conducta autodestructiva, fatal y premeditada”, que se lleva a cabo por influencias ambientales, factores orgánicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y culturales [3].

Actualmente, el suicidio es una temática importante debido a las miles de muertes anuales que causa a nivel mundial; la OMS argumenta que ha aumentado aproximadamente en un 60% en los últimos 45 años [3].

En el siglo XXI más de cinco millones de personas en el mundo acabaron con sus vidas a través del suicidio. Se calcula que aproximadamente para el año 2020 se suicidará una persona cada 20 segundos y actualmente es

una de las 10 primeras causas de defunción a nivel mundial [4-10].

Es así como el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en el mundo. En países industrializados como China [11, 12], Japón [13-17], Estados Unidos [18- 21], Canadá [22-24], Noruega [25, 26], Reino Unido [10, 27, 28] y en algunos países en vía de desarrollo de Latinoamérica como México [29, 30] Brasil [31, 32] y Chile [33-35] las estadísticas de los últimos años muestran que la frecuencia ha ido aumentando [36-40] aunque en comparación con las estadísticas mundiales, Latinoamérica es considerada como una de las regiones con bajos índices de suicidio.

Los estudios realizados en Brasil mostraron un índice de mortalidad por suicidio para el año 2005, de 5,6 muertes por cada 100 000 habitantes, en comparación con las tasas de otros países donde éstas son más altas [34].

En Colombia el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses [3] a través de su publicación anual Forensis, ha reportado un aumento en las tasas de suicidio desde el año 2006, según esta publicación en el 2008 las tasas que se obtuvieron para este año por cada 100 000 habitantes según las diferentes regiones, fueron: Quindío 10,1; Santander 9,9; Caldas 6; Guaviare 5,9; Risaralda 5,3; y con una tasa nacional de 4,9/100000 habitantes [3], en 1845 necropsias medico legales por suicidio, reportan un leve aumento con relación al 2008, en el 2010 reportan 1864 necropsias por suicidio, la misma publicación, menciona que para el 2011 se dan 1889 casos y una tasa de 4 suicidios por cada 100 000 habitantes y el 7% de las muertes violentas en Colombia se dan por suicidio, el grupo de edad se encuentra entre los 15-34 años siendo el 51,8% el grupo de adolescentes y adultos jóvenes quienes mueren por esta conducta.

De igual manera para el 2012 se dieron 1901 necropsias por suicidio y es la cuarta forma de muerte violenta en Colombia, 14,08 por cada 100 000 habitantes, siendo el departamento de Antioquia quien tiene la mayor tasa con 346 casos 18,2 del total. En el 2013 se realizan 1810 necropsias por suicidio con tasas en Amazonas (6,7), Meta (6,2) Quindío (5,9) Putumayo (5,9), Antioquia 5,2). Para el 2014 se realizan 1878 necropsias medico legales por suicidio.

Específicamente para Manizales las tasas por cada 100 000 habitantes según la Secretaria de Salud de Manizales [4] son; año 2009: 7,75, 2010: 7,72, 2011: 6,41, 2012: 5,62, 2013: 5,34, 2014: 5,83. De acuerdo con los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses los casos reportados de suicidio para el año 2012 fueron 21, 2013: 24, 2014: 23, 2015: 40 y para el año 2016 a mayo 31 iban 11 casos [5].

Por todo lo anterior las organizaciones de salud deben dirigirse a la prevención y control de la conducta suicida y todos sus factores de riesgo, para ello es importante tener en cuenta herramientas de ayuda para entender la problemática y sus componentes, como la autopsia psicológica, la cual es un modelo cuantitativo, guiado al reconocimiento de los factores de riesgo que conllevan a un suicidio consumado.

A diferencia de la caracterización del suicidio, la autopsia psicológica maneja una encuesta semi-estructurada, y la mayoría de veces incluye entrevistas a familiares o personas cercanas de la víctima, para hacer una reconstrucción de la personalidad, el estilo de vida, y entender cuáles fueron las razones para que la persona concluyera el proceso del suicidio [29].

En los últimos años ha aumentado el uso de esta herramienta gracias a su importancia en la sociedad a la hora de determinar la causa de un suicidio consumado [41-45].

En este instrumento, nacido en 1958, hay una participación conjunta de médicos y psicólogos, los cuales se enfocan en la investigación de las razones que tuvo la persona para terminar con su vida. Además este método es útil para determinar el tipo de muerte, y así ayudar a los patólogos forenses [46].

Shneidman [1] define la autopsia psicológica como la reconstrucción retrospectiva de la vida de una persona fallecida llevada a cabo para obtener una mejor comprensión de su causa y manera de muerte, en casos dudosos [22, 33, 47, 48], así como definir factores de riesgo que tienen las personas para cometer suicidio y de esta manera conocer todas las características previas a una conducta suicida.

La caracterización del suicidio consumado consiste en la descripción de variables que identifican una persona, como edad, género, raza, estrato socioeconómico, estado civil y además es una herramienta para el reconocimiento de los lugares con mayor frecuencia para la realización del suicidio y para la identi-

3 <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis>

4 <http://manizalessalud.com/prevencion-del-suicidio/>

5 <http://medicinalegal.gov.co>

ficación de los métodos más utilizados en las personas con suicidio consumado [49].

Algunos estudios [42,43,50-55], en autopsias psicológicas, recomiendan que la detección y el tratamiento de la depresión en atención primaria puede ser eficaz en la prevención de los suicidios de personas de edad avanzada, ya que la mayoría de los adultos mayores buscan servicios de atención primaria dentro de un mes antes del suicidio.

En cuanto a factores de riesgo importantes para suicidio encontrados en los estudios de autopsia psicológica se tienen: ser hombre entre 20-24 años, ser mujer entre 15-17 años, estar en básica secundaria, ser soltero, estar en uno de estos grupos vulnerables (campesinos, adictos, profesionales u oficios de alto riesgo, reclusos, grupos étnicos, indigentes, desplazados, desmovilizados, LGBTI), enfermedad física o mental, celo-desconfianza-infidelidad, muerte de un familiar o amigo, entre otros [56].

Por todo lo anteriormente mencionado, el presente artículo está encaminado a mostrar la importancia de la autopsia psicológica como herramienta para el establecimiento y la tipificación de la causa de muerte en circunstancias ambiguas, por medio de la reconstrucción del perfil psicosocial del occiso, lo cual permitirá la construcción de hipótesis de trabajo para conocer los posibles motivos que llevaron a la misma [17, 32, 38, 46, 51, 56].

Este proceso técnico-forense será de gran utilidad cuando las entidades encargadas de la investigación de la muerte como el médico forense, la Fiscalía, SIJIN, entre otras no tengan suficientes elementos para determinar las variables que influyeron en el deceso [32], así como para detectar los factores de riesgo y poder hacer una intervención más precisa de las poblaciones vulnerables.

Suicidio

El suicidio es un proceso que inicia en el momento en que determinada persona, con

predisposición o no, comienza a tener pensamientos de quitarse la vida, pasando por intentos suicidas, que aumentan su letalidad cada vez que se cometen, hasta llegar al suicidio consumado [57].

Mediante la caracterización del suicidio es posible identificar factores de riesgo fijos y modificables, los primeros se refieren a la etnia, la raza, el estado civil, los factores genéticos, la edad, la situación socioeconómica y las preferencias sexuales. Por otro lado, los factores modificables se refieren a enfermedades psiquiátricas, abandono del tratamiento psiquiátrico, el aislamiento social y las enfermedades crónicas, lo cual puede desencadenarse por situaciones medioambientales [57].

Por ejemplo algunos estudios [7,9,26,29] muestran que el aumento de suicidio durante la adolescencia se ha ido incrementado notablemente en las últimas décadas en países como Argentina, Canadá, Uruguay y Colombia, donde la edad que predomina es de los 15 a 19 años a diferencia de otras partes del mundo.

En los países orientales, al igual que en La Habana -Cuba- las personas tienden a suicidarse después de la quinta década de vida, sin embargo no lo hacen tras pasar la séptima [2, 17]. En Latinoamérica, en países como Brasil por ejemplo la mayoría de hombres que consuman un suicidio están entre los 20 y 39 años de edad [58].

Por otro lado Rodríguez-Gázquez M et al [5] encontraron en su estudio, que en Colombia los métodos suicidas más utilizados son herramientas tales como, armas de fuego, seguidas por el envenenamiento, ahorcamiento, lanzamiento al vacío y quemaduras; aunque el ahorcamiento no es el método que predomina actualmente, ha sido el más común, debido a la facilidad de acceso que tiene [2,3,4,18,49].

Los hombres utilizan en mayor medida, métodos más letales, esto puede ser debido a influencias familiares, culturales e históricas, ya que en la cultura occidental, el machismo

y la inexpresividad emocional por parte de los hombres, aún se encuentra totalmente arraigada a las creencias sociales, incluyendo a Colombia, en donde se observa mayor utilización de armas de fuego, ahorcamiento y en raras ocasiones el envenenamiento [1,6,7,18,37,51,]. Por su lado, en la mayoría de las mujeres, es más común encontrar que se suicidan por envenenamiento, utilizando psicofármacos u otro tipo de sustancias [1,6,37,38,59].

Con respecto a la época con más presencia de suicidios, a nivel mundial se ha encontrado que el mes de enero, es la época más prevalente para el suicidio consumado, lo cual puede obedecer a festividades [3,28], en Colombia el estudio de Medicina Legal realizado en el 2013 mostró que el mes de enero era en el que ocurrían un mayor número de casos de suicidio y en segundo lugar el mes de julio.

Antecedentes de la autopsia psicológica

Desde el año de 1920, en la ciudad de París, se iniciaron investigaciones acerca de muertes por conductas autodestructivas. Luego para el año de 1930 en Nueva York, se presentaron altas tasas de suicidio debido a la crisis económica del 29, por lo cual se habla del nacimiento de esta herramienta para esclarecer dichas muertes por medio de la unión de la criminología con la psicología, desarrollando así lo que posteriormente se llamaría autopsia psicológica [31,46,60-64].

Seguidamente, según lo reportado por Torres [41] en los años de 1956-57 Eli Robins y Cols realizaron el primer estudio de autopsia psicológica moderna en suicidios consecutivos en la Universidad de Washington, St. Louis, MO, EE.UU. De manera simultánea, en 1958, Theodore Cuphey [31, 45] en Los Ángeles, California, como médico legista de la ciudad, inició estudios sobre muertes dudosas, para definir la etiología médico-legal [50]. Así, en 1959 Robert Litman, Norman Farberow y Edwin

Schenidman [1,31,32,46,65] en colaboración con el Centro de Prevención del Suicidio de Los Ángeles, vieron la necesidad de crear un método para ayudar al centro forense en el esclarecimiento de los fallecidos, otorgándole la utilidad a la autopsia psicológica, como herramienta en procesos criminalísticos, psicología jurídica y forense en el año de 1961. Sin embargo, Schenidman, señaló como autor del concepto a Theodore Cuphey, a quien se refirió como el “creador de la autopsia psicológica, en el sentido estricto de la palabra” [31,45,47,57,59,66].

Finalizando la década de los sesenta, en el continente europeo, se presentaron los primeros estudios en casos de suicidio, basados en “autopsia psicológica”, cuyo objetivo era determinar la condición de accidentalidad o de convicción de la persona en el evento suicida. Desde entonces, en Europa, Norteamérica, Australia, Nueva Zelanda, Israel, Taiwan e India han adoptado esta herramienta como parte de sus procesos criminalísticos [31,47,57,66]. Diez años más tarde, Shneidman, crea tres categorías para el estudio de muertes dudosas [46] incluyendo a las personas cercanas del occiso, con el fin de poder aplicar la técnica en toda la población. Éste método, solo fue modificado hasta 1999 por la psiquiatra cubana Teresita García, elaborando el Modelo de Autopsia Psicológica Integrado MAPI [41].

Autopsia psicológica

Dar un significado específico es complejo, ya que cada definición varía según la finalidad que se persiga con su planteamiento, aun así se puede decir que la autopsia psicológica es un procedimiento propio del ámbito forense, de la psicología forense y criminal, la cual permite la recolección de información personal del fallecido, que posibilita la creación de hipótesis en torno a las motivaciones psicosociales que lo llevaron a realizar el acto, complementando así la autopsia médico legal con el objetivo de determinar las circunstancias

exactas de la causa, mecanismo y manera de muerte, además precisar la intención del fallecido en cuanto a su propia muerte [31, 35, 45, 46]. Así mismo es una reconstrucción o análisis retrospectivo postmortem, de las circunstancias previas al suceso, donde se busca determinar cuál era el estado psicológico del sujeto, su personalidad, medio ambiente, relaciones interpersonales, intencionalidad en su propio deceso, entre otros [31,45,57]. En otras palabras se podría decir que la autopsia psicológica lo que busca en últimas es determinar la causa real detrás del fallecimiento o suicidio de una persona, también tiene como función ayudar a esclarecer los casos de muerte dudosa: suicidio, homicidio y accidente, donde ni el médico o investigador, tienen suficientes elementos para llegar a una conclusión; lo anterior se puede lograr, teniendo en cuenta los factores de riesgo suicida, riesgo de heteroagresión o riesgo de accidentalidad, el estilo de vida que llevaba el occiso, el estado mental en el momento de la muerte, las áreas de conflicto y motivacionales; diseñando el perfil de personalidad del occiso, esclareciendo si existían señales de aviso antes del suicidio o un estado pre suicida previo [67].

Los principales objetivos de la Autopsia Psicológica [31]. se dividen en cuatro: el primero es establecer la manera de la muerte en casos de equívocos que necesitan ser aclarados, las maneras de muerte son: natural, accidental, suicidio y homicidio; en algunos casos, la manera de muerte es identificada, lo que no ocurre con el modo como sucedieron los hechos. El Segundo es averiguar el momento y el tiempo en el cual se produjo la muerte, para lo cual el investigador debe indagar sobre las diferentes situaciones de la vida del occiso y tratar de relacionarlas con el hecho. El tercero es recolectar la información suficiente para evaluar los datos obtenidos de diversos intentos de suicidio, con el fin de prevenir dichos intentos y la letalidad de los mismos y el cuarto es según el mismo autor la terapia para la familia y los amigos del occiso. La entrevista

y la investigación en general son mecanismos terapéuticos para estas personas, ya que permite comunicar pensamientos y sentimientos sobre la persona fallecida, de igual forma, la percepción que cada uno tiene sobre la muerte de aquella persona cercana, que por lo general es de culpa, dolor, vergüenza, resentimiento, entre otras [65,66].

La autopsia psicológica como herramienta en el suicidio

La autopsia psicológica se ha planteado como una de las herramientas más pertinentes en la investigación, no solo de los suicidios consumados sino también de aquellas muertes que a pesar de una autopsia médico-legal no tiene una clara causa de muerte. Ésta permite investigar directamente la relación existente entre los factores de riesgo y el suicidio como tal, teniendo en cuenta aspectos que llevan a una interpretación de la muerte evaluando variables socio demográficas, características personales y familiares, y factores psicopatológicos [37,66,45].

La autopsia psicológica es un procedimiento considerado dentro de las “evaluaciones psicológicas reconstructivas” que ayuda en la clasificación de “muertes equívocas” [45, 46, 56] en el ámbito del peritaje psiquiátrico forense, y se ha declarado como la reconstrucción de la vida del sujeto fallecido con un encausamiento específico en las circunstancias de riesgo para que ocurra un suicidio, motivos e intenciones, ponderando aspectos como estilo de vida, rasgos de personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte, con el objetivo de permitir una determinación de la forma de muerte a tan alto grado de certeza como sea posible [35,37,56,67].

Para llevar a cabo la autopsia, es necesario contar con dos fuentes de información, entre las cuales están: todos los documentos relacionados con la historia clínica y personal y las entrevistas a todas las personas que hayan

tenido cualquier vínculo con el occiso [45,56, 69]. Hawton [27] en su estudio plantea como componentes de la autopsia psicológica los certificados de defunción, registros de la investigación judicial del caso, notas clínicas por parte de medicina general y psiquiatría (el estado mental basado en la CIE-10), las circunstancias de la muerte, la historia personal y familiar, circunstancias sociales, personalidad y problemas en el año antes de la muerte [33]. Además de lo anterior, es importante tener en cuenta toda la documentación laboral, académica, penal, libros leídos, fotografías, notas, diarios [11,16, 45]. Por otro lado, las personas entrevistadas deben ser capaces de reseñar gran parte de la vida del sujeto en múltiples entornos por medio de una entrevista semiestructurada la cual se realiza de 2 a 6 meses después del evento de suicidio consumado, la cual tiene una duración de aproximadamente 2-3 horas [13,14,35,41, 49], y se lleva a cabo en lugares donde los informantes se sientan cómodos, como por ejemplo su residencia [66]. Para la realización de esta se debe contar con personal competente, que se encuentre preparado en el citado método (psicólogos, criminólogos y personal sanitario) y deben estar preparados con relación al conocimiento referente a este tipo de táctica, para discernir la información que deberán alcanzar; además posibilita que todos los examinadores ejecuten el citado método de la misma manera. Para favorecer dicho proceso se han diseñado instructivos para los investigadores en los cuales se ilustran los puntos de dudosa interpretación, para evitar así la notificación de elementos que sean subjetivos o simplemente para conceder el discernimiento tanto del entrevistador como del entrevistado. Para la ejecución de este cuestionario es pertinente toda el reportaje obtenido por los diferentes profesionales, por lo que se necesitará la participación multidisciplinar; en la entrevista se interroga sobre la estructura familiar, descripción de la escena de la muerte, el método de la muerte, dónde y cuándo se llevó a cabo (hora, día y mes), quiénes encontraron el fallecido y si el difunto estaba vivo cuando

se encontró, pérdidas que el fallecido había experimentado durante toda la vida (pérdida de un familiar, amigo, una relación significativa, un animal doméstico entre otros), si ha tenido algún conflicto interpersonal, cambios en la personalidad, y además se indaga sobre posibles notas suicidas (diarios, ensayos, mensajes, etc.) que indiquen tanto algún tipo de planificación suicida como su actividad el día del suceso (asistencia a la escuela o trabajo, comportamiento alterado antes del suicidio y el probable grado de desesperanza y de impulsividad) [13,28,56]. Otro aspecto relevante sobre el cual se indaga es si la persona sufría algún trastorno mental, así mismo se pregunta información socioeconómica, historial médico y práctica religiosa [13,34]. Toda la información recolectada se puede organizar en mapas socio-conductuales, socio-cognitivos del fallecido para facilitar el análisis funcional de la personalidad, lo cual permita un enlace entre vínculos y elementos que ayuden al esclarecimiento de los factores motivadores del evento.

Según Torres [41] y Leenaars [67] las dimensiones de exploración para la entrevista de autopsia psicológica son las siguientes:

Tabla 1. Dimensiones de exploración en la entrevista para autopsia psicológica [41, 67].

1. Información sobre las víctimas (nombre, edad, domicilio, estado civil, las prácticas religiosas, ocupación y otros detalles).
2. Detalles de la muerte (incluyendo la causa o método y otros detalles pertinentes).
3. Breve resumen de la historia (los hermanos de la víctima, matrimonio, enfermedades médicas, tratamiento médico, psicoterapia, los intentos de suicidio).
4. Historia de muerte familiar (suicidios, cáncer, otras enfermedades mortales, edades en las muertes, otras).
5. Descripción de la personalidad y el estilo de vida.
6. Patrones típicos en la víctima de las reacciones al estrés, trastornos emocionales, y períodos de desequilibrio.
7. Cualquier trastorno reciente (desde hace unos días hasta los últimos doce meses), presiones, tensiones, o anticipaciones de problemas.
8. Papel del alcohol o drogas en el estilo de vida en general de víctima, y su muerte.
9. La naturaleza de las relaciones interpersonales de la víctima (incluidos los médicos).

10. Las fantasías, los sueños, los pensamientos, las premoniciones, o el miedo de la víctima en relación con la muerte, accidentes o suicidios.
11. Cambios en la víctima antes de la muerte (de hábitos, pasatiempos, alimenticios, patrones sexuales, y otras rutinas de la vida diaria).
12. Propositividad vital (mejoras, éxitos y planes)
13. Evaluación de la intención, es decir, el papel de la víctima en su propia muerte.
14. Estimación de letalidad
15. Reacción de informantes a la muerte de la víctima.
16. Comentarios, características especiales.

Modelo de autopsia psicológica Mapi

El Modelo de autopsia psicológica integrado MAPI, es el más conocido en el medio hispanoamericano, creado por la psiquiatra cubana Teresita García en el año 1999 [41]. Los elementos metodológicos son entrevistas de forma individual y absolutamente privada realizadas a personas que conocieron directamente al occiso, como los familiares, vecinos, amigos, médicos de asistencia, etc. Por lo general siempre y cuando sea posible se debe esperar que pase la reacción de duelo y se realiza una consulta previa con los investigadores policiales y se hace una revisión del expediente policial y médico legal [31,41,55].

MAPI se basa en los aspectos de la vida del individuo antes de su muerte, y es un instrumento cuantitativo, estructurado y sistematizado con un margen de sesgo mínimo que brinda la posibilidad de respuestas cerradas, evitando la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso, haciéndolo valorable por terceros. Los aspectos generales considerados son género, creencias religiosas, estado conyugal previo, ocupación, etnia, antecedentes patológicos personales y familiares, consumo de sustancias tóxicas, examen psiquiátrico hasta más o menos un mes antes de la defunción, la esfera de integración cognoscitiva de relación afectiva y de la conducta que incluye patrones alimenticios y del sueño, género, len-

guaje, actividades y hobbies, hábitos higiénicos y síndromes, diagnóstico nosológico (que se define como la determinación específica de la enfermedad), áreas de conflicto importantes en el individuo como lo son social, económica, laboral, judicial y de vivienda, aspectos psicológicos particulares relacionados con el comportamiento, los intereses y tratamiento recibido si es el caso en cada paciente, señales emitidas hasta 2 años antes de la muerte, preguntas sobre el lugar de los hechos o preguntas que orienten hacia un posible caso de homicidio, cuestiones sobre la forma o etiología de la muerte (por armas, consumo de sustancias, entre otros) y observaciones del explorador.

Actualmente el modelo MAPI se ha ido extendiendo a países latinoamericanos como México, Honduras, Costa Rica y Chile, después de un análisis de los modelos existentes, se podría decir que este es el modelo más completo utilizado, por lo que se sugiere que podría servir de referencia para futuros cuestionarios de autopsia psicológica [19,22,66].

En la actualidad, la utilidad de la autopsia psicológica como herramienta forense tipo pericial se encuentra en discusión, debido a su flexibilidad y que no se cuenta con la presencia del sujeto para corroborar la información, además no se cuenta con procedimientos que permitan generalizar la información encontrada y convertirla en verdad jurídica para determinar cómo influye el psiquismo de la persona en la producción de su propia muerte, además dicha información es esencial para la pericia ya que es la base para la toma de decisiones judiciales en un caso específico y se estima que a nivel jurídico, no es fácil obtener información porque los implicados están afectados a nivel emocional, y cognitivo [41,45]. A pesar de que es un procedimiento llevado a cabo por psicólogos y psiquiatras criminalistas, aún no existe un modelo universal destacando la ausencia de un respaldo científico, lo cual dificulta aún más la capacidad de objetividad en el diagnóstico psicopatológico final referente a la personalidad

del sujeto [34]. Torres reporta que Gelles [41] recomienda como complemento el Inventario de Personalidad, así como la Adjective Checklist, por medio de los cuales sería posible obtener información objetiva de una persona, condicionando que este recurso sea llevado a cabo por profesionales con experiencia en salud mental, con sólidos conocimientos en el área clínica de la psicopatología, la criminalística y en la interpretación de la evidencia pericial, para darle una interpretación adecuada a las hipótesis resultantes durante la investigación.

Conclusiones

La Autopsia Psicológica desde su inicio ha sido cuestionada, actualmente sigue siendo motivo de debate, debido a que no ha tenido un protocolo o un método específico basado en la evidencia para proporcionar al ámbito forense el cómo debería ser realizada o llevada a cabo; además teniendo en cuenta que debe ser realizada entrevistando a personas que conocieron al occiso se piensa que muchas veces la subjetividad de la misma lleva a que se cometan errores a la hora de dar una conclusión sobre aquello que rodeó la muerte de la persona. Pero en Colombia el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, inició un proceso de construcción de una guía para la realización de pericias de este tipo, la cual según reporta esta institución, ya se encuentra aprobada e impresa. Esta guía se restringe a los casos en los que se espera determinar la manera de muerte. La guía desarrollada es complementaria al Protocolo Básico de Evaluación Psiquiátrica y Psicológica Forense [3].

La autopsia psicológica es planteada como un modelo o herramienta en la determinación de los acontecimientos previos (actuaciones, cambios en la rutina de vida, enfermedad psiquiátrica o enfermedades mortales, comportamientos o ideación suicida, alcoholismo o drogadicción, pérdida de seres queridos, etc.) por los cuales una determinada persona toma la decisión de acabar con su vida, la autopsia

psicológica permite reconstruir la personalidad, estilo de vida, relaciones interpersonales y círculo social, entre otros. Se ha estandarizado y protocolizado en diferentes países, en donde se ha demostrado a través de los estudios mencionados en la presente revisión de tema, que puede ser aplicada como instrumento adicional en el peritaje forense a la hora de aclarar los hechos por los cuales la persona llegó a consumir el suicidio.

En los últimos años se han ido creando herramientas específicas asociadas a la autopsia psicológica las cuales están encaminadas para llevar a cabo una investigación mucho más objetiva, formal y que pueda evitar sesgos potenciales sobre todo en las entrevistas con los allegados a la víctima. Todo esto dirigido a la construcción de una conclusión clara que demuestre los motivos probables para el deceso de la persona.

Aparecen propuestas como el modelo de autopsia psicológica integrado MAPI que se establece como base para la realización de la autopsia psicológica debido a que es un modelo cuantitativo, estructurado y sistematizado, el cual evita la inclusión de elementos subjetivos y puede ser valorado por los diferentes investigadores de cada caso; en diversos países Latinoamericanos ya se ha implementado, mostrando buenos resultados a la hora de ponerlo en práctica.

La autopsia psicológica nace entonces para dar respuesta a muchos interrogantes que quedan después de la muerte de una persona, sobre todo cuando esta se lleva a cabo por medio de suicidio debido a que en la mayoría de los casos el motivo para llevar a cabo este hecho es totalmente desconocido y resulta siendo la principal incógnita para los familiares, personas cercanas y para las entidades judiciales. Poco a poco se ha introducido en diferentes países donde ha sido adaptada y adecuada al medio, y donde a pesar de su cuestionamiento se ha implementado con éxito. Pero es indudable que es necesario que se lleven a cabo más

estudios sobre el tema donde esta sea aplicada y por otra parte se vayan estandarizando y sistematizando la forma de cómo y cuándo debe ser realizada.

Conflictos de interés: ninguno declarado por los autores.

Fuentes de financiación: ninguna declarada por los autores

Literatura citada

- Shneidman, E. **Contribuciones de Schneidman para entender el pensamiento suicida**. México DF: Manual Moderno; 2001.
- Serfaty M, Andrade J, Foglia I, Masaútis A, Negri G. **Suicidio en Adolescentes y Jóvenes de 10-24 años. Argentina, 1991-2000**. *Sinopsis* 2006; 22(42):16-21.
- Medina Pérez O, Cardona Duque E, Rátiva Osorio J. **Caracterización del Suicidio Armenia-Colombia, 2004-2008**. *ORBIS* 2010; 15(5):76-102.
- Sarracent A, García T, Brown P, Sarracent Y. **Caracterización Psicológica de los Pacientes con Suicidio Consumado en La Habana en el Año 2010**. *Rev Hosp Psiquiatr la Habana* 2013; 10(1):00-00.
- Rodríguez Gázquez M, Díaz Correa L, Hernández Pérez M, Tobón Ramos J. **Mortalidad Por Suicidio en Colombia**. *Medicina UPB* 2006; 25(2):159-170.
- Nock M. K, et al. **Measuring the Suicidal Mind: Implicit Cognition Predicts Suicidal Behavior**. *Psychological Science* 2010; 20(10):1-7
- Pérez OA, Orozco C, Londoño M. **Caracterización del Suicidio en Adolescentes Del Quindío-Colombia (1989-2008)**. *Univ Med* 2012; 53(3):249- 259.
- Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. **Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002**. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(4):231-238.
- Jason B, Luoma C, Jane L. **Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence**. *Am J Psychiatry* 2002; 159:909-916.
- Amitai M, Apter A. **Social Aspects of Suicidal Behavior and Prevention in Early Life: A Review**. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9(3):985-994.
- Sun S-H, Jia C-X. **Completed Suicide with Violent and Non-Violent Methods in Rural Sandong, China: A Psychological Autopsy Study**. *PLoS ONE* 2014; 9(8):00-00.
- Zhang J, Wiecezorek W., Conwell Y, Tu X, Wu B, Xiao S, Jia C. **Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study**. *PSYCHOL MED* (2010); 40:581-589.
- Zhang J, Shuiyuan X, Zhou L. **Mental Disorders and Suicide Among Young Rural Chinese: A Case-Control Psychological Autopsy Study**. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(7):773-781
- Hirokawa. S, Matsumoto. T, et al. **Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases**. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66:292-302.
- Kuwabara H, Shioiri T, Nishimura A, Abe, R, Nushida H, Ueno Y, Akazawa K, Someya T. **Differences In Characteristics Between Suicide Who Lefts Notes Or Not**. *J Affect Disord* 2006; 94:145-149.
- Kouichi Y, Chikako K, Kazuhisa M. **Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies**. *EHPM* 2008; 13:243-256.
- Seiko-Hirokawa MA, Toshihiko M, Yotaro K, Masahiko-Kitani MA, Masato A, Yoshitomo T, et al. **Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death: A psychological autopsy study of 76 cases**. *Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 66:292-302.
- Acinas M, Robles J, Peláez-Fernández MA. **Nota suicida y autopsia psicológica: Aspectos comportamentales asociados**. *Actas Esp Psiquiatr* 2015; 43(3):69-79.
- Gómez A, Opazo R, Levi R, Gómez M, Ibáñez C, Núñez C. **Autopsias psicológicas de treinta suicidios en la IV Región de Chile**. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2014; 52(1): 9-19.
- Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Birthe L. Knizek&Antoon A. Leenaars. **Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed?**. *Death Stud* 2012; 36(7):605-626.
- Amitai M, Apter A. **Social Aspects of Suicidal Behavior and Prevention in Early Life: A Review**. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(3):985-994.
- Erlangsen A, Conwell Y. **Age-Related Response to Redeemed Antidepressants Measured by Completed Suicide in Older Adults: A Nationwide Cohort Study**. *The Am J Geriatr Psychiatry* 2014; 22(1):25-33.
- Skinner R, McFaul S. **Suicide Among Children And Adolescents In Canada: Trends And Sex Differences, 1980 - 2008**. *CMAJ*. 2012; 184(9):1029-1034.
- Chachamovich E, Ding Y, Turecki G. **Levels of aggressiveness are higher among alcohol-related suicides: Results from a psychological autopsy study**. *Alcohol* 2012; 46:529- 536.

25. Freuchen A, Kegelsberg E, Ludervold A, Groholt B. **Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample.** *Child and Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012; 6(1):1-12.
26. Freuchen A, Kjelsberg E, Groholt B. **Suicide or Accident? A Psychological Autopsy Study of Suicide in Youths Under The Age Of 16 Compared To Deaths Labeled as Accidents.** *CAPMH.* 2012; 6(30):1-12.
27. Hawton K, Malmberg A, Simkin S. **Suicide in Doctors: A Psychological Autopsy Study.** *J Psychosom Res* 2004; 57:1-4.
28. Russ TC, Stamatakis E, Hamer M, Starr JM, Kivimäki M, Batty GD. **Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies.** *BMJ* 2012; 345
29. Herrera-Rodríguez J, Coronado- Mares A I, Ruvalcaba-Coyaso FJ. **Propuesta de un protocolo para la ejecución de autopsia psicológica empleando sociometría conductual.** *Archivos crim crim segur priv* 2013; 11:1-7.
30. Ceballos-Espinoza, F. **Aplicación forense de la autopsia psicológica en muertes de alta complejidad.** *Anu psicol jurid* 2015; 25:65-74.
31. Cavalcante FG, Minayo MCS. **Psychological and psychosocial autopsies of elderly people who died as a result of suicide in Brazil.** *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17(8):1943-1954.
32. Guevara B, Botega N. **A Semi Structured Interview For Psychological Autopsy in Suicide Cases.** *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25(4):212-219.
33. Mejía M, Sanhueza P, Gornzález J. **Factores de Riesgo y Contexto del Suicidio.** *Memoriza* 2011; 8:15-25.
34. Lovisi G, Agadir S, Legay L, Abellha L, Valencia E. **Análise Epidemiológica Do Suicidio No Brasil Entre 1980 E 2006.** *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 31:86-93.
35. Almada H, García I, Ciriacos C. **Resultados de la Aplicación de la Autopsia Psicológica Al Estudio de Suicidio en Niños y Adolescentes en Uruguay.** *Rev Med Uruguay.* 2005; 21:141-150.
36. Rodríguez J, Medina O, Cardona D. **Caracterización del Suicidio en el Departamento de Risaralda, Colombia, 2005 a 2010.** *Rev Fac Med* 2013; 61(1):9-16.
37. A. García-Caballero, M.J. Recimil, R. Touriño, I. García-Lado, M.C. Alonso, B.S.G. Werlang, et al. **Adaptación y Validación de la Semi-Structured Interview for Psychological Autopsy (SSIPa) en Español, Actas.** *EspPsiquiatr* 2010; 38(6):332-339.
38. Antón-San-Martín J, Sánchez-Guerrero E, Pérez-Costilla L, et al. **Factores de riesgo y protectores en el suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica.** *An psicol* 2013; 29(3):810-815.
39. Pompili M, Innamorati M, Masotti V, Personne` F, Lester D, Di Vittorio C, Tatarelli R, et al. **Suicide in the Elderly: A Psychological Autopsy Study in a North Italy Area (1994–2004).** *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16(9):727-735
40. Andrade-Salazar JA, Téllez, CH, Giraldo-Blanco, LA. **La Autopsia Psicológica en Colombia: Exploración Psicobiográfica del Suicidio.** *Rev int psicol* 2013; 12(02):1-45.
41. Torres Vicent, R. **Autopsia Psicológica. Evaluación Crítica Y su Aplicabilidad en el Ámbito Forense.** *Anu psicol Jurid* 2007; 17:111-130.
42. Acosta SA. **La autopsia psicológica: una técnica forense para el esclarecimiento del suicidio.** *Poiésis* 2011; 11(21):1-4.
43. Velasco Díaz CM. **Campos específicos de interés en la aplicación de la autopsia psicológica.** *Rev electrón Cienc penal criminol* 2014; 3:9-19.
44. Palacio-Acosta C, García-Valencia J, Diago-García J, Zapata C, López-Calle G, et al. **Characteristics of People committing suicide in Medellín-Colombia.** *Rev Salud Pública* 2005; 7(3):243-253.
45. Kurihara T, Kato M, Reverger R, RaiTirta G. **Risk factors for suicide in Bali: a psychological autopsy study.** *BMC Public Health* 2009; 9:327.
46. Dayananda R, Babu U. **Psychological Autopsy.** *IJFMT* 2014; 8(1):146-149.
47. Steven J. Garlow M. Purselle D, Heninger M. **Diferencias étnicas en los patrones de suicidio a lo largo de la vida.** *Am J Psychiatry* 2005; 8:296-300.
48. Callanan V, Davis M. **Gender differences in suicide methods.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012 47:857–869.
49. Gutiérrez-García AG, Contreras-CM, Orozco-Rodríguez RC. **El suicidio, conceptos actuales.** *Salud Ment* 2006; 29:66-74.
50. Rane A, Nadkarni A. **Suicide in India: a systematic review.** *Shanghai Arch Psychiatry* 2014; 26(2):69-80.
51. Cifuentes Osorio, S. **Comportamiento del suicidio en Colombia, 2013.** *Forensis* 2013; 15:129-168.
52. Gutiérrez García A, Contreras C, Orozco Rodríguez C. **El Suicidio, Conceptos Actuales.** *Salud Ment* 2006; 29(5):66-74.
53. Velasco Díaz C. **LA PSICOLOGÍA APLICADA A LA INVESTIGACIÓN CRIMINAL La autopsia psicológica como herramienta de evaluación forense.** *Rev electrón cienc penal criminol* 2014; 16(2):1-4.
54. Shaw D, Fernandes J, Rao C. **Suicide in Children and Adolescents A 10-Year Retrospective Review.** *Am J Forensic Med Pathol* 2005; 26:309–315
55. Vidal Luis, González Ernesto, González Susana. **La autopsia psicológica: una mirada desde la perspectiva Cubana.** *Rev Hosp psiquiatr La Habana* 2005; 2(3):00-00.
56. Isometsä ET. **Psychological autopsy studies – a review.** *Eur Psychiatry* 2001; 16:379–385.

57. Shenassa E, Catlin S, Buka S. **Lethality of Firearms Relative To Other Suicide Methods: A Population Based Study.** *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:120-124.
58. González A, Rodríguez A, Aristizabal A, García J, Palacio C, López C. **Suicidio y Género en Antioquia (Colombia): Estudio de Autopsia Psicológica.** *Rev Colomb Psiquiatr* 2010; 39(2):251-267.
59. Knoll J. **The Psychological Autopsy, Part I: Applications and Methods.** *J Psychiatr Pract* 2008; 14:393-397.
60. Sea J, Lee C, Kim K, Kim S. **Characteristics of Korean Suicide: A Case-control Psychological Autopsy Study.** *KSSR* 2013; 3(2):129-155
61. Lovisi G, Agadir S, Legay L, Abellha L, Valencia E. **Análise Epidemiológica Do Suicidio No Brasil Entre 1980 E 2006.** *Rev Bras Psiquiatr* 2009; 31:86-93.
62. Egea Garavito. G. **Autopsia psicológica en niños y adolescentes con conductas suicidas.** *Cult Educ Soc CES* 2011; 2(1):67- 74.
63. Wong WC, P, SC Chan. W. **Suicide among adults aged 30–49: A psychological autopsy study in Hong Kong.** *BMC Public Health* 2008; 8:147
64. Chachamovich E, et al. **Psychological autopsy study of suicide among Inuit in Nunavut: methodological and ethical considerations, feasibility and acceptability.** *Int J Circumpolar Health* 2013; 72:00-00.
65. Conner K, et al. **The next generation of psychological autopsy studies. Part I Suicide Life Threat Behav** 2011;41(6):594-613
66. Knoll J. **The psychological autopsy, part I: applications and methods.** *J Psychiatr Pract* 2008; 14(6):393-397
67. Leenaars A. **Edwin S. Shneidman on Suicide.** *Suicidol Online* 2010; 1:5-18.

