



LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

Pedro Noé Ubaldo Pérez*; Mari blanca Pérez León**

* Médico-psiquiatra. San Luis Potosí S. L. P. México

** Doctora. Ciudad de la Habana. Cuba

mariblanca.perez@infomed.sld.cu

RESUMEN:

Sin ser una enfermedad, el suicidio es un problema de salud (décimo tercera causa de muerte), resultado de cierta conducta humana, tendiente a la autodestrucción. La OMS lo clasifica como muerte por lesiones autoinfligidas. Es un acto personal que busca terminar con la propia vida. Es multifactorial, con metas diversas. Es complejo en su patogénesis, con bases neurobiológicas basadas en la disfunción del sistema serotoninérgico. El 90% de los suicidas presenta trastornos psiquiátricos al cometer el acto. La Autopsia Psicológica (técnica pericial) define la etiología médico-legal (casos de muertes dudosas). Es una retrospectiva para reconstruir el perfil psicológico y el estado mental antes del deceso. El derecho penal la solicita con frecuencia, y en el ámbito civil, determina estados mentales (muertes dudosas), o etiología médico-legal, sospecha de suicidio inducido y análisis de secuelas. El propósito es tener una visión clara y precisa de la situación, personalidad, salud mental y tratamiento previo, diseñar un perfil de escena del crimen y hacer un bosquejo de la personalidad del sujeto. Se presenta un caso de denuncia familiar y sospecha de homicidio, resultando un suicidio consumado, donde se aplicaron los métodos establecidos. Psiquiatría y psicología actúan en interés forense, para investigar, ilustrar y aportar la prueba pericial que permita esclarecer el estado mental, estilo de vida y situaciones del medio, en muertes dudosas. El sujeto presenta intenso sufrimiento previo al acto. Es un paciente grave por su desesperanza, que compete a quienes aplican métodos efectivos en su detección, tratamiento y seguimiento.

"No puedo escribir ni pensar, duermo espiritualmente y no vuelvo a despertar, no me siento bien, estoy sin ánimos, ya no experimento placer, no espero nada de la vida "
LEON TOLSTOI

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercera causa de muerte.

La organización mundial de la salud ha estimado que está cifra podría duplicarse en 20 años clasificándolo como muerte por lesiones auto infligidas. (1)

En México para el año 2005, de acuerdo a cifras del INEGI (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática) reportó una tasa de mortalidad por suicidio de 3.4 por 100 mil personas, lo que representa un incremento del 31 por ciento, respecto a la tasa de 2.6 de 1995. Por lo que está mortalidad se ha convertido en un problema de prioridad para la salud pública (2, 3)

Sabemos que el suicidio (término que se atribuye a Sir Thomas Brown) no es una enfermedad si no fenómeno que resulta de la conducta humana de una tendencia a la autodestrucción basada en un deseo de no vivir. Una forma de expresión de conflictos o de psicopatología del individuo a través de diversos métodos. El suicidio de Sui: a sí; caedes: muerte, la muerte dada a si mismo de acuerdo al diccionario hispánico universal en sus orígenes etimológicos. (4)

Es un acto personal, propositivo y consciente mediante el cual el sujeto que lo realiza busca terminar con su propia vida. Es un problema multifactorial donde la meta puede ser llamar la atención, acabar con el sufrimiento vengarse de algunas figuras de autoridad. (3, 4)

Es un fenómeno complejo y multifactorial cuyas bases neurobiológicas se han enfocado particularmente a la disfunción del sistema serotoninérgico como un papel relevante en su patogénesis. (5)

Desde el punto de vista mental resalta que el 90% de los sujetos presentan trastornos psiquiátricos en el momento de cometer el acto. Siendo los trastornos del estado de ánimo la categoría diagnóstica más frecuente con una variabilidad del 45 al 75% incluyendo la depresión menor o Distimia. (6, 7)

Es común encontrar lo que se denomina depresión doble, en donde se sobrepone un cuadro afectivo mayor al existente menor, lo que hace que se acentúe la sintomatología y cuando esta es de inicio temprano los sujetos tienen más probabilidades de desarrollar episodios depresivos mayores con rasgos de impulsividad y agresividad, en donde hay más riesgo de pensamientos y actos suicidas. (1, 8)

La consumación es más probable en los varones, las tentativas son más frecuentes en jóvenes y predominantemente en mujeres. (4, 7)

Por otra parte las personas suicidas con trastornos adaptativos y de personalidad son más propensas a realizar tentativas, mientras que los potencialmente suicidas presentan trastornos del estado de ánimo, psicosis y problemas de abuso de sustancias. (9)

Dentro de los factores de riesgo en su comisión se encuentran de manera importante la soledad, el aislamiento social, los problemas económicos, dificultad para establecer relaciones interpersonales, el divorcio, el desamparo, la pérdida del empleo, los estados de aflicción, relaciones familiares deficientes o carentes de afecto, circunstancias negativas de la vida, pesimismo, cambios estacionales, discapacidad asociada a trastornos psiquiátricos, interrupción de tratamientos médicos, el consumo de sustancias diversas (principalmente alcohol), trastornos de la personalidad (específicamente borderline), deficiencias en la solución de todo tipo de problemas, los factores interpersonales como los conflictos de pareja, de familia, una ruptura amorosa, la preferencia sexual el abandono o bien la pérdida de una persona significativa incrementan el riesgo, de igual forma un defectuoso afrontamiento de situaciones estresantes de la vida, problemas académicos en adolescentes, historia de abuso sexual en las mujeres, antecedentes de suicidio en la familia, o la ocurrencia de algún suicidio reciente es de igual forma contagioso para quién presenta ideación suicida, el medio socioeconómico bajo, episodios de ansiedad así como estados emocionales como la deficiente tolerancia a la frustración. (1, 9, 10, 12, 13)

Una enfermedad crónica, invalidante o dolorosa pueden desencadenar un riesgo como es el caso de los pacientes con [cáncer](#), de ellos quienes mayormente se suicidan son los que de sufren una enfermedad metastásica usando dos tercios de ellos una pistola para quitarse la vida.

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

La mayoría de estos pacientes que se suicidaron había acudido a un médico en el mes anterior a su muerte. (9, 11)

El suicidio per se no es delito, sin embargo es motivo de intervención judicial. Una forma de suicidio de interés como acto legal, es el llamado ampliado, es decir, el enfermo, guiado por un sentimiento ominoso del porvenir y la creencia de que el futuro está irremediablemente perdido para él, puede suicidarse y al mismo tiempo sacrificar a los seres más allegados. (12)

Dentro de la conducta suicida en el ámbito psicopatológico un factor central es que la desesperanza estaba altamente correlacionada con el suicidio, siendo además de riesgo a largo plazo junto a la anhedonia (incapacidad para experimentar placer). La culpabilidad es otro componente importante para la realización de este acto, la agresión, la impulsividad y la violencia son también relevantes para entender el suicidio. (1, 9)

Un estudio epidemiológico psicosocial realizado en el estado de San Luis Potosí México entre 1975 y 1984 en 389 casos encontraron que el grupo de edad se encuentra entre los 15 a los 29 años de edad.

Los estudiantes en este estudio ocuparon el primer lugar, el mes más suicidogeno fue mayo, seguido de marzo, los hombres lo intentaron más en Miércoles, mientras que las mujeres en Lunes. El fenómeno ocurrió más frecuente en la segunda mitad del día siendo la casa el sitio más elegido, los que lo consumaron lo hicieron en la recámara, patio o baño, las mujeres utilizaron barbitúricos, los hombres ahorcamiento o dispararse un tiro, siendo las causas más probables las familiares, seguidas de las amorosas y posteriormente las económicas. La mayoría no dejó recado Póstumo. (14)

Un total de muertes por suicidio registradas entre 1995 y 2001 en el estado de Guanajuato por la Procuraduría General de la república fue de 747. El uso de alcohol en dicho momento se observó en 4 de cada 10 hombres. El mayor porcentaje de suicidios se presentó en mayo (13%), sin embargo lo más relevante es de casos de niños de 8 años que decidieron quitarse la vida. (15)

La necropsia psiquiátrico-psicológica planteada como un nuevo concepto de prueba pericial.

La Autopsia Psicológica como técnica pericial surge en los EE.UU. a finales de la década de los 50 en la ciudad de los Ángeles con Theodore J. Curphey (padrino de la autopsia psicológica) como una necesidad administrativa para definir la etiología médico legal en los casos de muertes dudosas donde no se contaba con los elementos suficientes para afirmar si se trataba de un suicidio o un accidente. (16, 17, 22)

La autopsia psicológica (antes llamado análisis psicológico) es un procedimiento considerado como de recolección retrospectiva de datos del occiso y permite reconstruir su perfil psicológico y el estado mental antes del deceso. (16)

El primer estudio moderno de autopsia psicológica de suicidios consecutivos (134) lo realizaron E. Robbins y colaboradores en la Universidad de Washington Estados Unidos entre 1956-1957. Aunque hay estudios desde los años treinta debido a la alta tasa de suicidios en este país en aquella época. El primer estudio europeo de autopsia psicológica lo realizaron Barraclough y cols. en Portsmouth Inglaterra (1966-1969) examinando 100 suicidios consecutivos. (19)

Es a nivel del derecho penal donde con mayor frecuencia se solicita esta prueba pericial, así como en el ámbito civil para determinar el estado mental en el momento de la victimización, muertes dudosas, equívocas o de etiología médico-legal por precisar, sospecha de suicidio inducido y el análisis inferencial del grado de secuela del acto lesivo en la posterior muerte. Siendo el propósito de este proceder el tener una visión lo más clara y precisa posible de la situación vital, personalidad, la salud mental y el posible tratamiento proporcionado por las instituciones sanitarias antes del acto suicida. Tener la posibilidad de diseñar un perfil de la escena del crimen así como la realización de un bosquejo de la personalidad del sujeto (17, 18)

Determinar la muerte en casos equívocos que necesitan ser distinguidos. Es aquí donde aplica la necropsia psiquiátrica según Ebert (1991)

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

Dicho autor menciona como las formas de muerte:

- a) Natural
- b) Accidental
- c) Suicidio
- d) Homicidio.

Este tipo de sistema es conocido por las siglas **NASH**. En una manera bastante clara para clasificarlas, lo que no ocurre con el modo en que sucedieron los hechos. Así que hay que averiguar el momento y el tiempo en el cual se produjo la muerte y relacionarlas con el hecho.

Se debe obtener información suficiente para evaluar los datos obtenidos de diversos intentos con el fin de prevenir dichos intentos y bien la letalidad de los mismos evaluando:

- a) Los factores de riesgo suicida.
- b) El estilo de vida del occiso.
- c) Las áreas de conflicto y motivacionales.
- d) El diseño del perfil de personalidad del occiso.
- e) Si existían señales de aviso pre suicida.
- f) Si existía un estado pre suicida.

Es una técnica difícil en el estudio de muertes equívocas en la cual se exige un alto nivel de calidad científico-técnica, es levantar huellas psicológicas, decodificar e interpretar las señales que emite la escena del crimen. (18)

También forma parte del método la revisión de documentos personales (notas, diarios, cartas, producción literaria) y oficiales (historias clínicas, expediente escolar, laboral, militar) de la persona fallecida. (17, 18, 19, 20)

La ocupación judicial de notas, diarios, cartas que quizás para ellos no tienen valor, pues no son las clásicas "notas suicidas" pero que entre líneas tal vez esté la clave de tan triste final. Además, en los espacios que habitó la persona deja siempre "huellas psicológicas" "su sello" su estilo. Además de definir si el occiso en estudio era portador o no de una enajenación mental. (21)

En este mismo rubro y de acuerdo con la Dra. Teresita García, el Modelo de autopsia psicológica I desarrollado en Cuba y conocido como MAPI I, es un método de estudio inferencial, más no clínico, estructurado y sistematizado que define si la víctima era o no portadora de enajenación mental con un margen de sesgo mínimo, con posibilidad de dar respuestas cerradas evitando así la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso, además de volverlo verificable por terceras personas, garantizando así su valor como prueba pericial.

En este estudio se deben seleccionar parientes de primera línea, convivientes, allegados o médicos de asistencia de manera individual y privada para evitar que la opinión de una influya en la otra en un promedio de entrevista aproximado de 2 horas. (18, 19, 21, 22, 27)

En resumen es la caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida utilizando un método indirecto o inferencial para obtener información del occiso a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente (familiares, convivientes, colegas, vecinos, compañeros de trabajo o de religión). (17)

El tiempo óptimo para realizar la entrevista es entre 1-6 meses después de haber ocurrido el deceso, ya que durante estos meses aún se conserva la nitidez del recuerdo y la información obtenida es confiable. De lo contrario las reacciones de duelo pueden o bien interferir en la objetividad del recuerdo existiendo tendencia a idealizar al fallecido o afectar la claridad del recuerdo. (18, 20, 21)

La necropsia del suicida es un peritaje psiquiátrico en el ámbito forense que elabora una reconstrucción indirecta y retrospectiva con principios metodológicos de la trayectoria existencial de la persona, su estado mental y las circunstancias que lo han conducido a la muerte, es un método donde el perito a partir de la información aportada, hace un análisis e interpretación con sentido diagnóstico, para finalmente dar una respuesta concreta y demostrativa como una prueba del occiso al problema penal o civil del estado mental de la víctima y cuyo objetivo es asesorar e ilustrar a la

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

justicia o tribunal. (23, 25, 27)

No solo hace un abordaje médico-psiquiátrico-forense, si no abarca un estudio psicológico, donde se toman en cuenta el estilo de vida del occiso, el aspecto familiar, los problemas económicos o sociales el grado de psicopatología, el entorno social así como la conducta interpersonal, sus rasgos de personalidad e intentos previos de autolisis. (27)

Dentro de este mismo contexto, (Thomas Young) propone 15 categorías que se deben incluir al llevar a cabo dicha investigación (24, 25):

1. Identificación de la información personal del occiso.
2. Detalles de la muerte.
3. Historia familiar.
4. Historia de muertes familiares.
5. Modelos familiares de reacción al estrés.
6. Tensiones recientes o problemas del pasado.
7. Historia de alcoholismo o drogadicción en la familia.
8. Relaciones interpersonales.
9. Fantasías, sueños, presentimientos y pensamientos frente a la muerte, suicidio o accidentes que precedieron la muerte.
10. Cambios en los hábitos, aficiones, alimentación, patrones sexuales y otras rutinas.
11. Información que relate los planes de vida.
12. Evaluación de la intención.
13. Tasa de letalidad.
14. Reacciones de las personas que recibieron la noticia de la muerte.
15. Comentarios y anotaciones especiales.

Otro autor que ha estudiado esta metodología es Jack Annon (1995), el cual comenta al respecto; Es un examen cuidadoso de la escena donde sucedieron los hechos, con fotografías y grabaciones en video.

Son estudios de los documentos disponibles concernientes a la situación donde sucedieron los hechos. (26)

Documentos que informen sobre la vida de la víctima antes de la muerte (colegio, notas de visitas previas médicas sobre salud mental, información laboral).

El llevar entrevistas con personas relevantes tales como testigos de la escena de los hechos, miembros de la familia, amigos cercanos y compañeros de trabajo. (18, 24, 27, 28)

Algunos científicos del comportamiento plantean que se deben dedicar 20-30 horas de investigación para formular una opinión preliminar sobre el estado particular de la muerte de un individuo antes de su deceso. (18, 24, 28)

MATERIAL Y MÉTODO

REVISIÓN DE CASO:

Se procede a la revisión de expediente completo una vez hechas las diligencias para determinar la causa de muerte sospechosa debido a la denuncia por parte de la familia del occiso sobre un posible homicidio en contra de la ahora viuda a confirmar muerte por suicidio.

Se realizan entrevistas estructuradas y sistematizadas de más de 2 horas con las personas relevantes, tales como testigos de la escena, de los hechos, miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo permitiendo primero un discurso libre y concluyendo la entrevista con preguntas directas con la finalidad de obtener toda la información necesaria a fin de reconstruir una historia post mortem que nos arrojen datos sobre las causas que lo orillaron a la muerte.

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

FICHA DE IDENTIFICACION

EDAD: 27 años

RESIDENTE: México

ESTUDIOS: Bachillerato no concluido

ESTADO CIVIL: Casado (5 meses antes de su muerte)

RELIGION: Misionero religioso

OCUPACION: Promotor de ventas.

ANTECEDENTES:

Contaba con estudios clínicos y de gabinete previos que descartaron enfermedad médica, neurológica, enfermedad mental, enfermedad orgánica vascular, demielinizante, oncológica así como crónica degenerativa.

No se presentaron intentos o gestos suicidas previos, se descartaron toxicomanías así como antecedentes psiquiátricos personales y familiares.

PSICOBIOGRAFÍA:

Perinatales: Fue el primero de un total de 3 hermanos a decir de sus padres no fue planeado, si deseado y aceptado, madre presentó 2 amenazas de aborto con hospitalización en la etapa prenatal, el parto fue atendido en medio hospitalario por vía vaginal, distócico ya que es obtenido por fórceps, horas después al nacimiento presenta ictericia que ameritan cinco días de hospitalización y tratamiento en incubadora, posteriormente el desarrollo psicomotriz en los siguientes años es referido como normal.

Vida familiar: Procede de familia nuclear urbana con roles tradicionales, disfuncionales, con escasa comunicación entre los miembros, madre se dedica a ser ama de casa, con escolaridad de trabajo social, dedicada en sus ratos libres al comercio, descrita con conductas autoritarias, demandantes y muy exigentes, generadora de conflictos con hijos varones cuando cursaron su adolescencia y juventud temprana. Se mencionan disgustos constantes en las últimas semanas y de manera importante quince días previos a su muerte con el ahora occiso.

Padre descrito como tranquilo, reservado, introvertido, buen proveedor, con buenas relaciones con sus 3 hijos. Sin embargo cabe mencionar que el ahora occiso le escribe en una tarjeta fechada en el año 2000 "especialmente porque creo que tiene mucho que no te lo digo, que te quiero mucho y te admiro mucho". Las relaciones entre hermanos se refieren como buenas sin embargo le escribe a su hermano en una carta póstuma; "cuando estuve lejos me di cuenta de cuanto te amo" "cuida mucho a mis papas y ayúdalos en todo porque esta visto que ninguno puede Solo". Se menciona que su mamá constantemente lo comparaba y le ponía de ejemplo a este hermano menor".

Cabe destacar que años atrás padres y hermana menor radican fuera de la ciudad, quedando ambos hermanos varones habitando su casa solos en su ciudad natal entre 2000 y 2004.

El hermano del ahora occiso es descrito por la misma hermana como orgulloso, soberbio y con mucha decisión, en relación con los padres comenta; "mi papá es corazón, mi mamá es fuerza" Sic.

En este rubro el ahora occiso menciona en otra nota póstuma que se lee " si es posible habla con mi papa para que busque a su mama y a sus hermanos para que no le gane el tiempo y lo sorprenda la muerte lejos de ellos como a mí" refiriéndose con ello al distanciamiento de su padre con su propia familia a raíz de la fuga del occiso de su propia casa cuando contaba con doce años de edad debido a una problemática dentro del contexto familiar importante y a lo cual se agrega de manera textual en relación a ello; "su mamá era alcohólica, se aplicaban la ley del hielo entre ellos, hasta por meses, por eso el me escribe una nota póstuma en donde me pide que hable con su papá para que se reconciliará con toda su familia.

"Me dijo incluso que las cosas estaban peor que cuando se había ido de misión años atrás, que sus padres se iban a divorciar, que discutían mucho" Sic.

Infancia, hábitos y juegos: "De niño era inquieto, travieso, hasta maldoso. Le gustaba analizar mucho las cosas, pasaba de un juego a otro, tenía gusto por tocar la guitarra, cantar" Sic de padre. Infancia es referida como normo típica, destacando buena relación con abuela materna quién deseaba en su etapa adulta fuera sacerdote, lo que le despertó inquietud por aprender en el ámbito religioso.

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

Vida escolar: Lo refieren con poco interés y rendimiento en lo académico.

Adolescencia: Con Conflictos frecuentes con su madre debido al mal carácter de esta última, perteneció a un grupo católico llamado "jóvenes de Cristo" por diez años en donde desempeñaba diversas actividades y donde mantenía buenas relaciones con sus compañeros.

Vida laboral: Se desempeñaba como empleado de ventas hasta antes de su muerte, fungió con anterioridad como secretario de iglesia no católica a la cual pertenecía, además fue asistente técnico de encuestas. Poco más de dos años a su muerte emprendió actividad como misionero en otra ciudad dentro del mismo país, con aislamiento familiar completo, contando solo con permisos para mandar correo electrónico y cartas.

A su regreso se destaca insolvencia económica a decir de uno de sus amigos comentó al respecto; "me preguntaba si no conocía quién prestara dinero, se sentía muy apesadumbrado por la falta de este" Sic.

Vida sexual: Refieren orientación y preferencia heterosexual sosteniendo a lo largo de su vida varias relaciones de noviazgo, buscando siempre chicas de menor edad que el llegando así a conocer a la que fue su esposa desde que tenía 15 años, la cual es descrita como bastante inestable, con malas relaciones con su padre, el cual además estaba en desacuerdo con la relación la cual presentaba muchos altibajos, constantes rupturas y reconciliaciones, llegando a finalizarla desde lugar donde cumplía su misión a través de una cinta magnetofónica y reanudándola 3 meses antes de su regreso por correo electrónico" terminó nuestra relación porque quería dedicarse a la misión por completo" Sic Esposa.

Vida conyugal: Contrae nupcias en Julio del año 2005 con persona 8 años menor que el. Con una total desaprobación por parte de ambas familias, es su propia familia quién lo ayuda con los gastos para este evento y en el cual el padre de la entonces contrayente no acudió.

Se describen relaciones satisfactorias en apariencia con esposa a decir de ella misma y una convivencia adecuada a lo cual comenta; "Nunca habíamos discutido así y yo nunca lo había visto tan enojado, lo último que me dijo fue vete y no quiero volverte a ver" Sic. Por otra parte se comentó "tuvo mucho trabajo para adaptarse al matrimonio, a el no le gustaba bailar, ni las fiestas, en cambio ella es muy alegre, además por parte de toda su familia son muy agresivos e hirientes" Sic amigo.

Vida social: "Era sociable, seductor, amiguelero" comentan sus padres, aunque con escasas relaciones importantes, con libertad en la toma de sus propias decisiones. Hubo cambio de religión 6 años previos a su deceso, con el desacuerdo de sus padres por está situación. "De un día para otro nos reunió y nos dijo que se iba a como misionero" sic mamá. "era muy sociable pero con relaciones superficiales "Sic Amigo.

Personalidad pre mórbida: Se refieren múltiples relaciones interpersonales, sin establecer relaciones profundas, con cambios bruscos en su carácter, inestabilidad a nivel emocional, tendencia a la introversión y al aislamiento, ya en su vida adulta, "le cambiaba el humor en muy poco tiempo" Sic Esposa.

"le gustaba salirse con la suya, era muy hermético, orgulloso, no le gustaba mostrar sus debilidades, no finalizaba lo que iniciaba, desde que lo conocí lo vi. Con ánimo triste y depresivo al menos en 4 ocasiones repentinamente" comenta uno de sus amigos. "hace 3 años me enseñó una pistola por primera vez a lo cual no hizo ningún comentario, yo creí que no servía, el no tenía tolerancia alguna" continuó durante la entrevista.

PSICOPATOLOGIA:

Presentaba la siguiente sintomatología depresiva de manera insidiosa con curso oscilante y acentuación episódica, como mal dormir debido a dificultad para conciliar el sueño, falta de energía, baja autoestima, sentimientos de desesperanza, tristeza, periodos de estado significativos de ánimo bajo, inclinación a no concluir objetivos y metas, pobre y sombría proyección a futuro, tendencia al llanto repentino, aislacionismo e intolerancia no debido a efectos fisiológicos, drogas, medicamentos,

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

etílicos o a una enfermedad médica, así como elementos dentro de su conducta personal constitutivos y orientadores de distorsión en la esfera interpersonal y deterioro en lo familiar, social así como conyugal, consumando finalmente su muerte teniendo como factor desencadenante discusión importante con su esposa horas antes del hecho y discusión con distanciamiento días antes con madre dejando en lugar de los hechos varias notas póstumas.

REALIZACIÓN DEL EXAMEN MENTAL PREVIO AL ACTO:

Basado totalmente en el expediente, (copias de notas póstumas dirigidas a las personas que se entrevistaron, con letra en manuscrito con inclinación discreta descendente y legible) así como las fotografías tomadas al momento de entrar el personal forense en el lugar de los hechos podemos afirmar lo siguiente: se trata de persona del sexo masculino de complejión robusta, indumentaria acorde a edad y sexo, (traje, camisa y corbata) con orientación adecuada en persona, tiempo, espacio y circunstancia específica. Su pensamiento se encuentra con ideas de minusvalía "ellos necesitan gente como tú, tú iras a un reino especial y yo a un reino sin ley" "No seas como yo se lo más grande" "porque tú si tienes el arrojo que se necesita para vencer cualquier cosa" "yo sé que llegará el día en que por lo menos por una cosa podrán estar orgullosos de mí". Desesperanza "no puedo más estoy cansado y completamente desesperanzado ya no tengo fuerzas ni deseos de seguir". Así como de culpabilidad "el solo hecho de pensar el dolor tan grande que te he causado y que ahora te causo, quiero pedirte perdón por todo, quiero suplicarte que no dejes que los errores que hemos cometido acaben contigo como lo han hecho conmigo". Ideas de muerte "y los sorprenda la muerte lejos de ellos como a mí" Sus Funciones Mentales Superiores No valorables, sin embargo presentes las esenciales para llevar a cabo acto auto lítico.

Sensorio sin alteraciones.

Juicio con fallas en el sentido, adaptación e interpretación generadoras de distorsión en sus ideas, creencias, convicciones y por ende de la realidad externa.

Humor sumamente bajo y depresivo, con matiz desmoralizante y pobreza afectiva al efectuar notas de despedida. Existe pérdida del interés por las actividades cotidianas de la vida

En su psicomotricidad presenta astenia, y anhedonia "no puedo más estoy cansado, ya no tengo fuerzas ni deseos de seguir" realizando acto que lo lleva a auto infligirse la muerte con arma de fuego a manera de ritual. Resto de examen mental no valorado.

ADITAMENTO:

Existe un casete dirigido a la ahora viuda cuando eran novios ella y el ahora occiso y en la cual se encontraba de misión religiosa. Proporcionado por los padres de la víctima y quién a decir de ellos fue grabado a finales del 2003. En dicha cinta se percibe voz de sexo masculino con pausas para su expresión, con tono y volumen bajos, mal modulado, coherente, y sin ninguna inflexión, la cual irradia dubitación, tristeza, dificultad para hilar ideas y sistematizarlas, dicha voz se encuentra acompañada con un fondo musical tenue y sumamente melancólico (himno religioso) en donde se destaca a lo largo del mismo: " estoy solo, ya lavé mi ropa, mis ojos están completamente rojos, casi nublados, no se como hacer muchas cosas, por eso le pido ayuda al señor, acabo de conocer a un misionero de verdad" y en donde le manifiesta su amor con diversas palabras afectivas, para concluir la cinta en despedida y ruptura amorosa.

En desglose de expediente encontramos reporte médico de necropsia que concluye lo siguiente: fallecimiento debido a lesiones producidas por proyectil de arma de fuego penetrante en tórax.

Así como dictámenes previos a la realización de este estudio por parte de criminalística de campo, fotografía, química y balística forense, destacando grafos copia donde se distingue dictamen de notas póstumas el cual concluye lo siguiente; la escritura manuscrita contenida en documentos cuestionados por su ejecución si tienen un mismo y común origen gráfico. Presentan contundentes y fundamentales similitudes con documentos de base de cotejo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Del análisis de los aspectos citados se concluye el caso como:

1. SUICIDIO CONSUMADO CON ARMA DE FUEGO
FX 72, de acuerdo al CIE --10 de la Organización Mundial de la Salud, en otros procesos asociados con alteraciones mentales y del comportamiento.
2. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EPISODIO AL MOMENTO DEL ACTO MODERADO A SEVERO.
F 33. 0, CIE-10 Organización Mundial de la Salud
3. DISTIMIA.
F 34.1 CIE-10 trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud.
4. DISFUNCION FAMILIAR SEVERA.

Para llegar a estos resultados se emplearon las 15 categorías de Thomas Young, el método de Jack Annon, la necropsia psiquiátrica según Ebert, el modelo de autopsia psicológica I (MAPI I) desarrollado en Cuba por la Dra. Teresita García. Se realiza un examen cuidadoso de la escena donde sucedieron los hechos, con fotografías y grabaciones en video.

CONCLUSIONES MÉDICO-LEGALES:

1. La persona del sexo masculino quién en vida llevará el nombre se ocasionó la muerte el mismo mediante disparo con arma de fuego a nivel de tórax.
2. Por el contenido en notas póstumas, así como por la información obtenida confirman que efectivamente, esta persona cursó con cuadros depresivos recurrentes y crónicos (Distimia a lo largo de su vida con varios años de evolución y reacciones depresivas agregadas) que fueron fundamentales para la determinación en su decisión de quitarse la vida.
3. Los factores y relaciones disfuncionales a lo largo de su vida unidos a su estado depresivo crónico, como son a) interpersonales (personalidad y carácter), b) familiares, c) conyugales, d) religioso, y e) sociales, en ese orden de importancia, fueron decisivos en su determinación previa a su deceso.
4. Hubo un factores desencadenantes (como sucede en todo suicidio) para que se llevará a cabo tal fin y que se manifestó en el siguiente orden: a) su estado de salud mental depresivo existente b) el factor familiar previo c) la discusión previa con su cónyuge.
5. Por la relación de cómo se presentaron los hechos y previos al mismo hay indicios orientadores a que por lo menos tres años atrás a su deceso ya presentaba pensamientos e inclinación a la realización del acto inherentes a su estado de salud mental comentada y su dinámica de vida en las esferas comentadas.

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

Conclusión:

Es un caso muy contrario a lo que solemos realizar como profesionales en la materia. Un trabajo arduo en donde no hay paciente a interrogar, en este caso es post mortem dicho estudio, no hay clínica, no hay persona que responda a los cuestionamientos.

Es aquí donde la psiquiatría y la psicología se fusionan como áreas forenses importantes como auxiliares de la medicina, cuya finalidad es investigar el estado mental, conductual y emocional, recolectar datos, reconstruir hechos, el poder caracterizar el perfil psicosocial de las víctimas, el realizar un estudio retrospectivo lo más completo posible y con apego a la realidad del occiso, realizar una anamnesis profunda post mortem, ilustrar y por ende aportar un documento forense como una prueba pericial fehaciente en los juzgados o medios de justicia en aras de esclarecer el estado de salud mental, el estilo de vida, situaciones del medio en las cuales el sujeto se vio envuelto previas al acto suicida o bien en muertes de índole dudosa.

El suicidio en este nuevo siglo ha cobrado una enorme relevancia por ser un serio problema en materia de salud pública debido al aumento en el número de casos en todo el orbe (no olvidemos que cada vez son más los adolescentes que presentan actos y conductas suicidas) e incluso está alcanzando en esto albores del siglo a nuestra niñez. La mayor parte de ellos se asocia a cuadros de índole afectivo.

Si bien el objetivo del presente artículo es proclamar avances periciales tangibles a fin de esclarecer los móviles en suicidas consumados y cuya muerte ante la autoridad se encuentra en calidad dudosa y cuya metodología sea aceptada.

Una segunda misión de este es el recordar que las personas con depresión severa son suicidas potenciales con un sufrimiento intenso previo al acto y enfatizar que siempre será un paciente a quién hay que evaluar con tacto, paciencia y pericia médica o psicológica, ya que debido a su desesperanza las expectativas del futuro no superan un presente doloroso, tal es el caso que nos ocupa en el presente artículo. Cabe mencionar además que no existen programas para manejar la situación con los deudos quienes le sobreviven al suicida, que en la mayor de las veces se generan periodos complicados de duelo, estrés, culpa, depresión y periodos críticos de ansiedad como secuelas.

Siendo además un atento llamado de atención a quienes nos dedicamos al área de la salud mental en la concientización para el desarrollo de métodos, estrategias y programas más efectivos en su detección, tratamiento y seguimiento de la población vulnerable.

BIBLIOGRAFÍA:

1.-Ana G. Gutiérrez-García. Carlos M. Contreras. Roselli Chantal Orozco-Rodríguez. El suicidio, conceptos actuales. Salud mental, 2006 septiembre-octubre Vol. 29, No.5. pp. 66-74.

2.- Cristóbal Sobrino. Suicidio. El semanario de Quintana Roo. Chetumal. 2009. 20 Noviembre www.Htm.Estosdías.com.mx.

3-Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Rev Panam Salud Pública. 2004; 16(2):102-9

4- Emile Durckheim. El suicidio Ediciones Coyoacán. 2009.

5.- Ana G. Gutiérrez García. Carlos M Contreras. El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. Primera parte. Salud mental 2008; 31:321-330.

6-Alberto Jiménez Tapia / Catalina González- Fortaleza. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

Psiquiatría Ramón De La Fuente. Salud Mental. 2003. Diciembre Vol. 26 pp. 35-46.

7-Barradough BM, Bunch J, Nelson B, Sainsbury P. A hundred cases of suicide: clinical aspects. Br. J Psychiatry. 1974; 125: 355-73.

8-Major Depression in Adults in Primary Care. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guidelines: 10th edition. Mayo 2007.

9-Tratado de Psiquiatría DSM IV-TR. 1a edición. 2003.

10-Alexander Mc girr, MSc, Joel Paris, MD, Alain Lesage MD, Mphil, Johanne Renaud, MD, Gustavo Turecki MD. An examination of DSM-IV borderline personality disorder symptoms and risk for death by suicide: A psychological autopsy study. Canadian Journal of Psychiatry. 2009; 54(2):87-92.

11- Cáncer y suicidio, pacientes de mayor edad en riesgo. HealthDay 13/8/2008.

12.- Marco Ribé. Psiquiatría forense. Editorial Salvat. 1995.

13- Hilda Marchiori. El suicidio enfoque criminológico. Editorial Porrúa. 2000.

14- Gutiérrez Turrubiartes Pedro F. Solís-Cámara Pedro. El suicidio en San Luis Potosí (1975-1984) Un enfoque epidemiológico psicosocial. Salud mental 1989. V. 12 No. 4 Dic.

15.-Ana María Chávez Hernández/ Luis Fernando Macías García/ Haydeé Palatto Merino/ Leticia Ramírez. Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. Salud mental, Vol. 27, No. 2, abril 2004.

16-Litman, R. E. et al. Investigation of equivocal suicides. JAMA, 1963, Vol. 184, p.924-29.

17- Luis E. Vidal, Ernesto Pérez, Susana Borges. Autopsia psicológica: Una mirada desde la perspectiva cubana. Rev. Hosp. Psiq. De la Habana 2005; 2 (3)

18-Andrea Rodríguez. Autopsia psicológica: Una herramienta útil para el peritazgo psicológico. Psicologíajuridica.org. 2006 Marzo 30.

19.-Terroba, G., Saltijeral, M.T. La autopsia psicológica como método de estudio del suicidio. Sal. Pub. México 1983. Vol. 25; 285-293.

20- Ebert B. Guide to conducting a psychological autopsy. The handbook of medical psychotherapy 1991. 249-256.

21- Dra. Teresita García Pérez. La autopsia psicológica en el suicidio. Modalidad: conferencia. Medicina Legal. 1998. dic. Heredia Costa Rica v.15 n.1-2

22- García T. La Autopsia psicológica como método de estudio de muertes violentas. Instructivo para la autopsia Psicológica (utilizando MAPI). 1999. La habana.

23- Luis E. Vidal, Ernesto Pérez. Susana A. Borges. Autopsia psicológica. Psicología. com 2006; 10 (1).

24.-Young T. Procedures and problems in conducting a psychological autopsy journal offender therapy and comparative criminology. 1992. 36, 43-52.

25.-E. T Isometsá. Estudios de autopsia psicológica: una revisión. Eur Psychiatry Ed. Esp. (2002); 9: 11-18.

LA NECROPSIA PSIQUIÁTRICO-PSICOLÓGICA COMO PRUEBA PERICIAL EN MUERTES DUDOSAS. REVISIÓN DE UN CASO MÉDICO-LEGAL

26- Annon J. The psychological autopsy. American Journal of Forensic Psychology 1995. 13, 39-48.

27- Dr. Luis E. Vidal Palmer. Algunas consideraciones sobre autopsia psicológica. Psicología.com 2006.

28-Appleby I. Cooper J, Amos T, Fragher B. Psychological autopsy of suicides by people under 35. Br J Psychiatry 1999; 175: 168-74.