



Especialista en psicología en el ámbito penitenciario y judicial



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA VII. LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA

Autopsia psicológica. Definición e Historia

La autopsia psicológica nació a finales de los cincuenta en EE.UU, Los Ángeles, como respuesta a la necesidad administrativa de definir la etiología medico - legal de muertes dudosas en las que no había suficientes elementos para afirmar si se trataba de un suicidio o de un accidente. El médico forense, Jefe del Condado de los Ángeles, Theodore, J. Curpley, encontró una serie de fallecimientos producidos por drogas cuyo modo de muerte era difícil de saber a partir de la evidencia disponible. En su esfuerzo por reorganizar los archivos y resolver los inconvenientes, convocó a otros profesionales y conformó un equipo para evaluar, determinar y certificar el modo de muerte más probable, dando origen a lo que posteriormente se llamaría autopsia psicológica - Annon, 1995; Esbec, Delgado y Rodríguez Pulido 1994; Esbec, 2000 -.



En el sesenta y uno, Shneidman y Farberow, en colaboración con el Centro de Prevención de Suicidio de Los Ángeles, acuñaron el término de **Autopsia Psicológica** para referirse, precisamente, al procedimiento o técnica de investigación usada para clasificar muertes equívocas - Esbec, 2000; Jacobs & Klein-Benheim, 1995; Shneidman, 1981; Shneidman, 1994 -. Posteriormente se dedicaron a detallarla con la colaboración de

Litman, Curpley y Tabachnick - Ebert, 1987 -.

Durante muchos años, continuando con la aplicación original, el concepto de autopsia psicológica siguió vinculado con la determinación del modo de muerte. Sin embargo, la amplia aplicabilidad de este procedimiento, que va desde la prevención y tratamiento del suicidio hasta la caracterización de víctimas de homicidio, ha dado origen a

definiciones mucho más centradas en sus características generales que en los campos en los que puede ser útil.

En general, la autopsia psicológica es una evaluación **postmortem** que consiste en un análisis retrospectivo de las condiciones psicológicas basadas en la conducta, pensamientos, sentimientos y relaciones de una persona antes de morir. En otras palabras, es un proceso indirecto de recolección y análisis de información con respecto al comportamiento de una persona que ha fallecido.

En ocasiones, la autopsia psicológica se ha confundido con el concepto de **Análisis de Muertes Equívocas, AME – Equivocal Death Analysis - EDA**. Aunque son similares, ya que realizan el análisis de la vida de una persona muerta y construyen su perfil basados en entrevistas y archivos de datos, vale la pena diferenciarlos porque no son lo mismo - Ebert, 1987; Poythress, Otto, Darkes y Starr, 1993 -.

En la autopsia psicológica, los profesionales e investigadores, se basan principalmente en la información obtenida por ellos mismos al examinar la escena de la muerte y llevar a cabo sus propias entrevistas. Además, cuentan con respaldo teórico y empírico con respecto a la utilización de este procedimiento y a la precisión de los juicios que se desprenden de él. Y finalmente, presenta sus conclusiones en términos probabilísticos.

El **AME** se basa en la información recogida por otros en el curso de la investigación criminal, por ejemplo, en los registros policiales y en los expedientes; da conclusiones definitivas acerca del modo de muerte y su respaldo teórico y empírico es mucho más limitado - Poythress, 1993 -.

El **AME** es un procedimiento utilizado y desarrollado por el FBI y se encuentra estrechamente relacionado con la elaboración de Perfiles Psicológicos Criminales - Douglas, Ressler, Burgess y Hartman, 1986 -, aunque tampoco son lo mismo, ya que en estos últimos sí se han hecho esfuerzos de validación de procedimientos, las conclusiones son probabilísticas e incluso se han limitado a casos en que la escena del

crimen indica psicopatología. El AME no se reconoce como un proceso de evaluación clínico o relacionado con las ciencias de salud, sino como una técnica de investigación criminal llevada a cabo por un equipo de investigadores que no requieren formación psicológica o psiquiátrica - Poythress, 1993; Randy, Poythress, Starr y Darkes, 1993 -.

Finalmente, el **AME** sólo se utiliza para determinar modo de muerte, mientras la autopsia psicológica concebida igual inicialmente, cada vez tiene un campo de aplicación mucho más amplio - Young, 1992 -. De hecho, puede ser utilizada, tanto en el contexto clínico como en el forense. En el primero, con el fin de conocer las características de quienes cometen suicidio para identificar factores de riesgo y con ello prevenir futuros suicidios - Shneidman, 1981 -, y en el segundo, como herramienta para presentar una opinión experta e imparcial con respecto al comportamiento de una persona que ha fallecido.

La autopsia psicológica tiene diversos propósitos que han sido clasificados y explicados de acuerdo con la perspectiva de cada autor. Con base en la revisión de la literatura se pueden identificar dos criterios para la definición de los objetivos de esta evaluación retrospectiva:

1. El área en la que se desarrolla, por ejemplo, clínica, criminología, investigación criminal, derecho penal y derecho civil.
2. El objetivo que se persigue al realizarla: prevenir suicidios, certificar un modo de muerte o asesorar a funcionarios de la justicia - Annon, 1995; Ebert, 1987; García, 2001; Jacobs y Klein-Benheim, 1995; Shneidman, 1981; Young, 1992 -.

Se puede decir que la autopsia psicológica se realiza con cuatro propósitos:

Propósitos de la Autopsia psicológica	•Conocer y determinar el modo de muerte. •Conocer el comportamiento de la víctima antes de morir y su relación con las circunstancias en que ocurrió la muerte •Explicar las condiciones psicológicas de las personas que han fallecido, no con respecto a la muerte, sino a acciones y/o situaciones previas a la muerte. •Ayudar en la recuperación de los sobrevivientes.
--	---

Conocimiento y determinación del modo de muerte

Antes de explicar este propósito, es importante aclarar los conceptos de causa, manera y modo de muerte. Para hacerlo, consideremos el siguiente ejemplo:



“Un muchacho de 16 años es encontrado muerto en su habitación con un impacto de bala que ha desfigurado su rostro. Cerca de él se encuentra un arma de fuego”.

Una vez ocurre el fallecimiento, se generan varias preguntas de interés, tanto para la familia y conocidos de la víctima, como para profesionales de la salud, de la justicia y de otras instituciones a quienes puede afectar tal situación. Los médicos forenses y los

investigadores judiciales trabajan en equipos desde diversas disciplinas para resolver el caso de la forma más objetiva posible.

Los médicos forenses pueden determinar y explicar cual fue la causa del deceso, si existe relación entre las heridas de la víctima y su muerte, si ésta había ingerido drogas o cualquier otra sustancia que pudieran estar relacionadas con el fallecimiento, si había señales de lucha como tejido orgánico bajo sus uñas, si hubo asfixia o heridas de algún tipo o si el cuerpo fue movido después del deceso, también pueden saber la hora aproximada de la muerte.

Por otro lado, un investigador judicial busca rastros en la escena que le indiquen las circunstancias y posibles responsables de la muerte, indaga si hubo más personas además de la víctima en la escena, la distancia desde la que se produjo el disparo, las características del impacto en el cuerpo de la víctima y los posibles motivos de los hechos. Para ello, puede valerse de la observación de huellas digitales, de prendas de vestir, de muestras orgánicas y de todo tipo de evidencia material, así como de las entrevistas con testigos, conocidos y familiares, etc.

Con toda la evidencia, se busca determinar la causa, la manera y el modo de muerte. En el caso, la causa de la muerte puede ser la herida en la cabeza, producida por el impacto de bala, pero el informe médico forense es el que se encarga de aclarar si efectivamente la razón de la muerte fue el impacto o no. Aunque la herida más visible e impresionante es la que se reporta en el rostro, esta no necesariamente pudo ser la que ocasionara el deceso. De hecho, existen otras hipótesis alternativas que se deben tomar en cuenta antes de llegar a una conclusión: pudo ocurrir que la víctima fuese estrangulada y que el agresor le disparara después del deceso para simular un suicidio. Aunque lo evidente es el disparo, la causa de muerte en esta situación sería la asfixia provocada por el estrangulamiento.

La manera de muerte esta muy relacionada con la causa, si ésta ultima fue la herida en la cabeza, la manera correspondería con el impacto de bala que provocó la lesión; pero si la manera hubiese sido la falta de oxígeno, la causa podría ser el estrangulamiento.

Por otro lado, el modo de muerte, se refiere a si ésta fue natural o si obedeció a un suicidio, a un homicidio o a un accidente. En el ejemplo, la muerte natural podría ser poco probable, sin embargo, habría que determinar si alguien ingresó en la casa y le disparó o estranguló al chico – homicidio -, si la víctima decidió quitarse la vida – suicidio - o si por alguna razón estaba manipulando el arma y ésta se disparó sin la intencionalidad de hacerse daño – entonces, accidente -.

Aunque la causa, la manera y el modo de muerte se establecen a partir de la evidencia objetiva, en algunos casos la información disponible no permite discriminar entre un accidente y un suicidio, o entre este último y un homicidio. En estas situaciones, el propósito de la autopsia psicológica es el **análisis de muertes equívocas**. A partir de la recolección de información de la vida, comportamiento y condiciones psicológicas de la víctima, la investigación póstuma, evalúa cuál de los modos de muerte pudo ser el más probable – véase a Annon, 1995; Esbec, 2000; Shneidman, 1981; Young, 1992 -.

Conocer y determinar el modo de muerte, a su vez, es importante tanto para mejorar la precisión de los registros y bases de datos estadísticos, como para tomar la decisión de iniciar un proceso legal.

Precisión en los registros y bases de datos estadísticas sobre el modo de muerte y características de las víctimas

Conocer con exactitud el modo de muerte, reduce tanto el número de muertes equívocas como las confusiones en las certificaciones, como es el caso de las muertes

que se registran como homicidio cuando en realidad se trataban de suicidios y viceversa.

Usualmente, las certificaciones medico - legales de las muertes constituyen la fuente principal de información para las bases de datos estadísticas de mortalidad, así, en la medida en que las certificaciones sean exactas, las bases de datos proporcionarán información precisa.

A su vez, las bases de datos son muy importantes, ya que a partir de la información registrada en ellas, se pueden conocer las tendencias de las causas y modos de mortalidad, y apoyar o no las decisiones que se tomen al respecto.

Por ejemplo, si las estadísticas de un país muestran que los suicidios incrementan con respecto a los accidentes o a los homicidios, éste se puede reconocer como un problema de salud pública que requiere cambios en las estrategias para su prevención y tratamiento, por ello podrá recibir mayor atención y fondos económicos. Mientras que si el homicidio sufre un notorio decremento, se mantendrán las estrategias empleadas para su reducción y posiblemente continúe con el mismo soporte económico - Rossenberg, 1988 -.

Si se establece con exactitud el modo de muerte, se pueden identificar con mayor precisión los grupos de población de riesgo para el homicidio, para el suicidio, para la muerte natural y para los accidentes; ya que la información de las víctimas correspondería con alta probabilidad al modo de muerte que se ha registrado.

Se conoce que los hombres tienen mayor probabilidad de ser víctimas de una muerte violenta que las mujeres, que el nivel de alcoholemia es alto en víctimas de homicidio, que en los homicidios muchas víctimas tienen un estilo de vida arriesgado, que en el suicidio son frecuentes los intentos previos de quitarse la vida, que en los homicidios y en los accidentes la persona tiene planes a corto, mediano y largo plazo mientras en el suicidio esta posibilidad es mucho más reducida, etc.

En este sentido, la exactitud de los registros y bases de datos estadísticas son útiles en los campos:

- a) Clínico, cuando se conocen las características psicológicas de quienes cometen suicidio.
- b) Estadístico, al identificar tendencias de los diferentes modos de muerte en el tiempo y en el espacio.
- c) Epidemiológico, al identificar factores de riesgo.
- d) Criminológico, por permitir caracterizar y discriminar entre las víctimas de homicidio, de suicidio y de accidente.

Posibilidad de iniciar o cambiar el rumbo de un proceso

Conocer el modo de muerte también permite, en el campo legal, decidir sobre la



posibilidad de iniciar o de cambiar el desarrollo de un proceso legal. Por ejemplo, saber que una víctima se suicidó, descarta la posibilidad

de acusar a alguien de homicidio. Si se determina que fue un accidente, se facilita el proceso para el pago de un seguro o una indemnización.

En estos casos, la **evaluación postmortem** debe cumplir con los criterios de cualquier otro testimonio experto que se realice con fines probatorios, es decir, con los requisitos mínimos de fiabilidad y validez para ser presentado ante el juzgado - Otto, 1993; Poythress, 1993; Shneidman, 1981, Simon, 1998 -.

En 1998, Simon hizo una evaluación postmortem de los factores de riesgo de suicidio de una víctima, que sirve para ilustrar la utilidad de la autopsia psicológica en este sentido. En el caso descrito por este autor, una mujer es encontrada ahorcada y desnuda en su cuarto, después de varios días de no ir a trabajar. La policía no encuentra señales de lucha ni nota de suicidio ni evidencia de que la víctima tuviera problemas financieros. La soga se encuentra intacta y anudada alrededor del cuello.

El modo de muerte fue confuso y los testimonios de los patólogos fueron contrarios. Mientras uno de los forenses dijo que la evidencia no indicaba suicidio, el patólogo de la defensa dijo que lo era. La primera posición se basó en que el ahorcamiento y el morir desnuda, es una forma muy poco frecuente de suicidio en mujeres de la edad de la occisa de acuerdo con los registros y las bases de datos estadísticas. Adicionalmente, se encontraron cabellos de la mujer en el nudo de la soga y esto tampoco es muy posible en casos de suicidio por dos razones, primera, porque el nudo se realiza antes de colocarlo en el cuello, y segunda, el nudo que hacen los suicidas es tan sencillo que disminuye la probabilidad de que queden rastros de cabellos en él. La segunda posición argumentó que hay muchos casos en los que se encuentra el cabello de la víctima enredado en el nudo de la soga y que no había evidencia contundente para afirmar que no fuera un suicidio.

Debido al alto grado de descomposición en que se encontró el cuerpo era difícil saber si había alguna otra herida que pudiera haber causado la muerte, no hubo evidencia de asalto sexual, ni de consumo de drogas o alcohol.

Además de la evidencia recogida por la policía y de la información recopilada en el curso de la investigación, Simon fue encargado de realizar una evaluación postmortem de la mujer, teniendo en cuenta los factores de riesgo para el suicidio. La conclusión de su evaluación, explicaba que la víctima presentaba un bajo o mínimo riesgo para el suicidio, ya que no hubo evidencia de ideación suicida ni abuso de drogas ni alcohol. Se

encontraron metas a corto y largo plazo de la víctima, una relación de pareja reciente y satisfactoria, buenas relaciones interpersonales y satisfacción laboral.

En el informe no se afirmó con absoluta certeza que este caso fuera un homicidio, pero si se explicó que había una muy baja probabilidad de riesgo de suicidio en el momento de la muerte de la víctima. Con esta información, la investigación se orientó en la búsqueda de posibles sospechosos de homicidio, y junto con otras pruebas, se pudo determinar que el esposo fue el responsable del homicidio, por lo que se le condenó a 25 años de prisión.

Según lo anterior, la evaluación de los factores de riesgo para el suicidio aportó información clave al proceso para establecer el modo de muerte, y con ello, permitió reorientar la investigación, identificando un homicidio que se había enmascarado como suicidio.

La información que aporta la autopsia psicológica para determinar el modo de muerte constituye una prueba adicional en los procesos legales; sus conclusiones se pueden usar tanto para decidir iniciar un pleito como para resolver uno que ya se haya iniciado.

Conocimiento del comportamiento de la víctima antes de morir y su relación con las circunstancias en que ocurrió la muerte

La autopsia psicológica evalúa los cambios en el comportamiento de la víctima antes de morir, su estilo de vida, sus motivaciones, los eventos estresantes, las situaciones o las personas que pudieron haber contribuido al deceso. Generalmente, se utiliza en los casos de suicidio y en los de homicidio:

Suicidio

En el suicidio, conocer el comportamiento de la víctima antes de morir y su relación con el modo de muerte permite:

A. Identificar los factores precipitantes y desencadenantes que influyeron en las decisiones que tomó la víctima con respecto a su modo y manera de muerte, los medios utilizados y el momento particular en que se quitó la vida. En este sentido, se puede saber por qué cometió el suicidio de la manera que lo hizo, con un medio tan letal como un arma de fuego o con uno menos letal como el veneno; en una hora particular en la que podía prever que habría gente o no, en una fecha especial o después de un evento estresante, etc.

B. Determinar el papel de cada uno de los factores que influyeron en las decisiones de la víctima, de tal forma que se pueda establecer cuales fueron más significativos para ella, es decir, cuales incrementaron la probabilidad del suicidio - Jacobs y Klein-Benheim, 1995 -. Por ejemplo, se podría encontrar que dentro de varios factores de riesgo los que representaban mayor presión para la víctima fueron los laborales y no los familiares.

C. Evaluar si las decisiones con respecto a la muerte, fueron racionales o no - Shneidman, 1981 -; esto es, si la víctima lo hizo con pleno conocimiento de las consecuencias, por ejemplo, como resultado de su filosofía de vida, ó, si tomó las decisiones sin tener control de sus actos, por ejemplo, en el curso de un trastorno mental.

Contexto clínico – epidemiológico

En este contexto, se lleva a cabo el análisis de los tres puntos anteriores con un gran número de casos, lo cual contribuye a descubrir patrones conductuales y circunstancias comunes en las personas que deciden quitarse la vida. El interés es identificar, en una población, los factores de riesgo para el suicidio y en especial aquellos que tienen un mayor poder de predicción - Jacobs y Klein-Benheim, 1995-.

Un factor de riesgo, es un atributo o característica que está asociado con el incremento de la probabilidad de un suicidio y que no necesariamente es un factor causal; una

historia familiar de suicidio es un factor de riesgo, pero no es suficiente evidencia de la intención para cometerlo - Rosenberg , 1988 -.

Conocer los factores de riesgo es útil en el contexto clínico para identificar personas y grupos con alta probabilidad de tomar la decisión de quitarse la vida, predecir y prevenir futuros suicidios y tratar a quienes están en riesgo - Ebert, 1987, Shneidman, 1981 y Rosenberg, 1988 -.

De otro lado, los factores de riesgo constituyen una base de datos importante para los profesionales e investigadores que realizan autopsias psicológicas con propósitos forenses y no clínicos. En el ámbito legal se valora la probabilidad de suicidio en un caso específico contrastando la información de la víctima en cuestión con los factores de riesgo de una población.

Aunque no es objetivo de este módulo presentar los resultados específicos de las investigaciones sobre factores de riesgo, si vale la pena mencionar los más conocidos y utilizados por los profesionales de la salud mental y por los evaluadores encargados de



las autopsias psicológicas.

Básicamente se han identificado los siguientes factores demográficos y clínicos:

1. Entre los demográficos están

la edad, el sexo, el estado civil, la ocupación y la procedencia. En ellos, se ha podido distinguir, que los hombres tienen mayor probabilidad de suicidio, mientras que las mujeres tienen mayor probabilidad de cometer intento de suicidio, sin que esto

signifique que ellas no puedan morir en el intento. Así mismo, es frecuente que las víctimas de suicidio vivan solas, estén viudas o separadas. Y se encuentra un menor número de víctimas que estén casadas o que vivan con su familia.

2. En los factores de riesgo clínicos, se encuentran los histórico – ambientales y los psicológicos. Los histórico – ambientales se refieren al funcionamiento diario en las actividades cotidianas, el estilo de vida, las habilidades de afrontamiento, la presencia de grupos de apoyo o de personas significativas, la historia psiquiátrica, la historia médica, la historia familiar y los intentos previos de suicidio. Con respecto a ellos, básicamente, la mayoría de las personas que cometen suicidio presenta dificultades en su desempeño en las actividades cotidianas, no mantiene una adecuada socialización en su casa o en su trabajo, es inestable en las relaciones con sus amigos o en la vida en general, ha afrontado, de manera inapropiada, las crisis eventuales en su vida -por ejemplo abusando del alcohol o las drogas -, no tiene un grupo de referencia ni personas significativas de apoyo, en su familia otros miembros se han suicidado, tiene historia de desordenes psiquiátricos y ha intentado suicidarse previamente. En estos factores, los dos últimos han mostrado un gran valor de predicción.

3. En los factores psicológicos se evalúan las pérdidas recientes, los desordenes de ansiedad y del estado de ánimo, el aislamiento social, la hostilidad, la desesperanza, la desorientación, los cambios en el comportamiento y la evidencia de un plan suicida. En éstos, las personas que cometen suicidio se caracterizan porque han sufrido alguna pérdida significativa, han tenido trastornos del estado de ánimo, no tenían planes futuros, se mostraban irritables o agresivos y tenían ideación y planes suicidas.

Para considerar que una persona está en riesgo de suicidio no es necesario que cumpla con todos los factores de riesgo y se debe recordar que no todos tienen el mismo peso, ya que algunos tienen mayor poder de predicción que otros, como es el caso de los

intentos previos de suicidio, el plan suicida y los trastornos psiquiátricos relacionados con el estado de ánimo.

Finalmente, es importante tener en cuenta que los factores de riesgo varían de acuerdo con las características de la población en estudio y del tipo de suicidio del que se trate. En cuanto a la población, por ejemplo, los factores de riesgo de suicidio para un adolescente no serán los mismos que para un anciano. En lo relacionado con el tipo de suicidio, los factores de riesgo pueden variar dependiendo si se trata de un suicidio, un intento de suicidio o un parasuicidio.

Aunque en los tres tipos existe la probabilidad de morir se pueden encontrar algunas diferencias. El suicidio se caracteriza por la evidencia de planeación, por la baja posibilidad de ser salvado y por el uso de armas altamente letales, por ejemplo, el que se dispara en la cabeza, en un lugar apartado y con pleno conocimiento de que no habría nadie a esa hora. El intento de suicidio se realiza con métodos menos letales y con la posibilidad de ser salvado, por ejemplo, la persona que toma una sobredosis de pastillas poco antes de la hora en que es posible que llegue alguien. Y el parasuicidio, se distingue porque es una muerte auto infligida de forma impulsiva, por ejemplo, cuando una persona se entera de una noticia grave y sin plan previo corre y se lanza por una ventana.

Contexto Forense

La autopsia psicológica en este contexto se realiza con el fin de presentar una opinión experta con respecto al comportamiento de la víctima. Si bien no será la única prueba que se tendrá en cuenta para tomar una decisión final en la administración de justicia, sí constituye una fuente de información importante.

En los casos de muerte suicida se pueden presentar pleitos por considerar que además de la persona que se auto produjo la muerte, pudo haber otras personas, circunstancias, entidades o productos responsables de que la víctima tomara esta decisión. Por lo

general, estos pleitos buscan el reconocimiento público de la responsabilidad, indemnizaciones, reducción de la impunidad, prevención de eventos similares, modificación de condiciones actuales de un producto, de un sistema de contratación o de alguna regla.

Responsabilidad posible de otras personas

En el suicidio no hay duda de que la víctima fue la causante del deceso, sin embargo, es posible que otras personas pudieran haber contribuido directa o indirectamente en su decisión de quitarse la vida. El objetivo de la autopsia psicológica, en este sentido, es explicar si el comportamiento de otras personas fue un factor determinante en la decisión de la víctima o no.

Por lo general los pleitos en estos casos, se establecen contra profesionales de la salud mental o contra personas cercanas, que se sospecha que pudieron maltratar, presionar o manipular a la víctima.

Para este propósito presentamos, a manera de resumen, el caso de Jackson contra State - en 1989; citado en Poythress, 1993 y en Jacobs y Klein-Benheim, 1995 -.

En 1987 una adolescente se disparó causando su propia muerte. No hubo duda de que se trataba de un suicidio, pero sí la hubo con respecto al papel de la madre en el suicidio. Una evaluación psicológica permitió conocer varios aspectos de la vida de la víctima. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía tres años y después tuvo poco contacto con su padre biológico. Intentó suicidarse a los 13 años tomando una sobredosis de pastillas después de lo cual estuvo hospitalizada durante tres días y recibió atención psiquiátrica, aunque el profesional encargado del caso recomendó tratamiento familiar, la madre no asistió y la chica dejó de ir a las sesiones y al colegio. También intentó huir de la casa con sus hermanos pero fueron regresados por la policía. En otra ocasión, llamó a la policía porque su madre la estaba golpeando, esa noche durmió en casa de unos amigos pero al

día siguiente nuevamente tuvo que regresar al lado de su madre y nunca volvió a solicitar ayuda de la policía.

Los autores reportaron que se encontró evidencia de que la muchacha se sentía deprimida por los insultos y malos tratos por parte de la madre, entre los que estaba el hecho de que le amenazara con un arma de fuego y que le obligara a trabajar en un club nudista. El día



del suicidio la joven había peleado con su madre y había llamado a una amiga pidiéndole que la dejara vivir con ella, pero su amiga se negó,

por miedo a la reacción de la madre de la víctima.

En este caso, la información sobre el comportamiento de la adolescente y la identificación de factores de riesgo para el suicidio, contribuyó a responder ante el jurado, si el trato de la madre hacia la víctima fue un factor significativo en su muerte. La autopsia psicológica reveló que el abuso infantil agravado fue un factor significativo que llevó a que la víctima tomara la decisión final de quitarse la vida en ese momento particular. La corte encontró a la madre culpable del cargo de maltrato y abuso sexual infantil.

En dicho caso, la autopsia psicológica permitió presentar información acerca de otra persona responsable en el caso, contribuyendo a reducir la impunidad y proteger al hermano menor de la víctima que podía encontrarse en condiciones similares. De no

realizarse este tipo de informes sería muy difícil establecer cargos contra quienes contribuyen de manera indirecta a muertes como ésta.

Otro de los casos frecuentes de atribución de responsabilidad, es el de pleitos por mala práctica. Según la American Psychiatric Association, APA, Asociación Americana de Psiquiatras, se puede iniciar un proceso por esta razón cuando:

- a) Un paciente que está hospitalizado comete suicidio o intento de suicidio y se sospecha que no se dio el cuidado, supervisión o tratamiento adecuados.
- b) Una persona intenta o comete suicidio después de ser dado de alta y salir de una hospitalización.
- c) La persona que comete suicidio o intenta hacerlo estaba en terapia y había establecido relación terapéutica con un profesional y se sospecha que no hubo evaluación o tratamiento apropiado. Los profesionales de la salud mental son considerados responsables, sólo si se determina que había forma de prever que el paciente se haría daño a sí mismo y no se tomaron las medidas apropiadas para protegerlo, básicamente lo que se debe evaluar es si el suicidio pudo ser anticipado, previsible y controlable - Jacobs y Klein-Benheim, 1995 -.

A continuación, mostramos el aporte de la autopsia psicológica en este sentido:

“Un hombre de 30 años con antecedentes de trastorno psiquiátrico y comportamiento agresivo contra él y contra los demás, es hospitalizado en el curso de un brote psicótico. Después de 8 años de estabilidad en el que el paciente y su familia habían seguido las indicaciones y tratamiento médico, el psiquiatra cambia la medicación y pocos días después le da de alta. Pese a la insistencia de la familia para que el paciente permanezca un poco más de tiempo con supervisión médica, el psiquiatra insiste en enviar al paciente a su casa. Tres días después el paciente se suicida. Posteriormente se inicia un pleito que demanda mala práctica profesional fundamentado en el hecho de

que el cambio de medicamento requería mayor tiempo de supervisión y que la droga fue la causante de un cuadro depresivo del paciente”.

En situaciones como ésta, el juez pide a testigos expertos que den su opinión con respecto a la manera en que el profesional de la salud mental manejó el caso, preguntando específicamente si el procedimiento llevado a cabo cumplió con los estándares éticos y profesionales acordes con la situación.

En el caso citado, la evaluación postmortem busca responder si los cambios en la



medicación
fueron la causa
próxima del
suicidio. La
autopsia
psicológica
realizada debe
dar información
sobre la calidad

de la evaluación y tratamiento que realizó el profesional encargado del caso, si obtuvo la información necesaria y suficiente para atenderlo a través de las fuentes disponibles, por ejemplo, si sabía de intentos previos de suicidio, de acceso a armas de fuego o cualquier otro medio que incrementara el riesgo de suicidio, si habló con la familia del paciente, y en general, si tomó las precauciones necesarias para evitar que se auto-infligiera daño.

En este caso, la autopsia psicológica permitiría revelar que el psiquiatra no llevó a cabo una buena evaluación y que debió supervisar más al paciente antes de darle de alta, constituyendo evidencia para considerarle responsable de la muerte de su paciente.

En los pleitos por mala práctica, la autopsia psicológica aporta información importante para determinar la dificultad de un caso y la posibilidad de predecir y prevenir o no la muerte. Provee información valiosa tanto en los casos en que los profesionales han hecho bien su trabajo, porque se les reconoce y absuelve, como en los que no se ha actuado en concordancia con los fines y lineamientos éticos de la disciplina, facilitando que el responsable de la muerte tenga una consecuencia por sus actos y previniendo la mala práctica del mismo y de otros profesionales.

Posible responsabilidad de una empresa o entidad comercial

Como anteriormente se dijo, la persona directamente responsable de un suicidio es la misma víctima, pero pueden existir factores significativos que influyen en la decisión de morir. Antes, se explicó la evaluación de responsabilidad de otras personas y ahora, se expondrá la evaluación de responsabilidad de empresas o entidades comerciales que, aunque no es un objetivo frecuente en la literatura, constituye una aplicación interesante de la autopsia psicológica en casos de indemnización de trabajadores y en demandas legales por productos defectuosos -Jacobs y Klein-Benheim, 1995 -.

En cuanto a la indemnización de trabajadores se ha discutido si un empresario debe asumir responsabilidades cuando una persona que trabaja con él lleva a cabo un intento de suicidio consumado o no, debido a estrés o a cualquier otro factor laboral. En este sentido McKenna, en 1993, explica que se deben cumplir las siguientes condiciones para que una víctima de suicidio reciba indemnización o compensación de sus empresarios o de la compañía en la que trabaja:

- a) El daño personal debe haber comenzado en el curso del trabajo, es decir, mientras existía un contrato laboral vigente.
- b) Debe existir una relación causal entre el daño recibido, causado por la empresa, y el

acto del suicidio.

Un ejemplo de esta situación:

“Un hombre se suicida y deja una nota en la que explica que consideró que su muerte era la única salida a sus problemas ya que lo más importante en la vida había sido su trabajo y ahora se sentía inútil con respecto a él, subvalorado e injustamente tratado. Luego de la muerte, la familia acusa a los empresarios de maltratar psicológicamente a la víctima y afirma que éste fue el factor determinante en su decisión de quitarse la vida.”

En este ejemplo, la autopsia psicológica debe evaluar la veracidad del contenido de la nota, las condiciones psicológicas del occiso antes de morir y su relación con el ambiente laboral. En cuanto a la veracidad de la nota, es importante evaluar las razones que tuvo la víctima para escribirla. No tendría las mismas implicaciones descubrir que la escribió durante un cuadro de depresión producido por maltrato laboral a encontrar evidencia de comportamiento paranoide en el cual percibiera que estaba siendo acosado y amenazado.

Otra tarea importante es la de establecer si la víctima tenía alta probabilidad de suicidarse independientemente del ambiente laboral en el que se encontraba, por ejemplo, la situación de una persona con historia previa de episodios maníaco depresivos e intentos de suicidio, que ante situaciones aún menos estresantes que la que estaba viviendo en el momento de su muerte, había intentado quitarse la vida. Obviamente se deben tener en cuenta otros criterios que se mencionarán más adelante, pero en términos generales, la autopsia psicológica busca establecer la relación entre la muerte y las condiciones laborales para aportar información en la demanda de responsabilidad.

Este tipo de evaluación postmortem también es útil en casos en los que se sospecha que la muerte de una persona estuvo relacionada con el uso de un producto particular, debido a que quienes lo elaboraron o comercializaron no cumplieron con las normas mínimas de calidad y seguridad. Se han adelantado pleitos contra casas farmacéuticas, afirmando que la medicación que ellos producen causa muertes suicidas, y contra contenidos televisivos, alegando que las canciones o las películas que ellos producen precipitan las muertes suicidas.

Homicidio

La mayor parte de la literatura con respecto a la aplicación de la autopsia psicológica hace referencia al suicidio, existe una propuesta interesante sobre la utilización de esta evaluación en casos de homicidio.



El instituto de Medicina Legal de Cuba, ha utilizado la autopsia psicológica en el ámbito criminal y específicamente en el homicidio, con el fin de identificar sospechosos y de ayudar en la tipificación del delito, según García en 2001. A

continuación describimos esta utilización.

Identificación de posibles sospechosos.

Cuando el modo de muerte es el homicidio y el autor es desconocido la autopsia psicológica puede ser útil para establecer el círculo de sospechosos. La idea es que al caracterizar a la víctima describiendo sus conflictos, motivaciones, estilo de vida, hábitos y preferencias, se pueden identificar las personas cercanas a la víctima y el tipo

de relación que tenían con ella. Esta información es valiosa para los investigadores ya que a partir de ésta se pueden construir hipótesis de posibles autores. Cómo lo cita García, “para tal víctima busca tal victimario”, es decir, conocer bien a la víctima puede ayudar a identificar al agresor.

Los informes de autopsias realizadas con este fin no son muchos, sin embargo esta propuesta abre la posibilidad de conocer más a las víctimas de homicidio e identificar los factores de riesgo para este modo de muerte. Lo cual, a su vez, constituye un conocimiento importante para la elaboración de autopsias psicológicas con el fin de determinar el modo de muerte, como se explicó al inicio.

Si los profesionales conocen mejor los factores de riesgo de suicidio que los de homicidio, probablemente su opinión experta en casos de muerte equívoca pueda estar sesgada en favor de los primeros. Por ello, conocer también los factores de riesgo del homicidio conducirá a conclusiones mucho más objetivas.

Tipificación del delito

La autopsia psicológica puede ayudar a determinar cuál era el estado psicológico y jurídico de la víctima, y con ello, aportar información para tipificar y calificar el delito. Si se encuentra que el estado mental de la víctima le puso en condición de indefensión, esto podría considerarse agravante, por ejemplo si se estima que era menor de edad o que padecía un trastorno mental. Pero si por el contrario, la evaluación muestra a la víctima como una persona agresiva, conflictiva y provocadora puede constituirse, si así lo permiten las leyes vigentes, en un atenuante - García, 2001 -. Tomemos el siguiente ejemplo:

“Un hombre le ha disparado a su esposa causándole la muerte. Él explica que no soportaba más y que dada la presión en que se encontraba decidió quitarle la vida”. Aunque está claro que se trata de homicidio, se pide una autopsia psicológica para saber si el comportamiento provocador de la víctima pudo ser un factor significativo que

contribuyera a su muerte. La evaluación reconstructiva revela que la mujer tenía un carácter violento, irritable e impulsiva, constantemente abusaba de las bebidas alcohólicas, durante los diez años de convivencia con su esposo, le había golpeado frecuentemente y humillado incluso frente a otras personas.

En este caso, la información ofrecida por la autopsia psicológica puede apoyar la hipótesis de provocación por parte de la víctima y constituir un elemento atenuante del homicidio.

Evaluación de la relación entre las condiciones psicológicas de la víctima y algunas acciones no relacionadas con la muerte

En los dos propósitos anteriores de la autopsia psicológica se veía la preocupación por determinar el modo de muerte y la relación de las características de la víctima con éste, en el tercero, aunque se hace una evaluación de un sujeto muerto, los resultados de la evaluación no se relacionan con el fallecimiento sino con otro tipo de acciones que son de interés para un pleito.

En este caso se pretenden conocer las condiciones psicológicas de la víctima en el momento de ejecutar o tomar decisiones por las cuales se inicia el pleito. Este propósito es útil en el derecho civil, en el que se busca establecer qué acciones de carácter legal, como firmar documentos o testamentos, contraer matrimonio y otras similares realizadas por una persona fallecida, fueron llevadas a cabo, en condiciones normales o incapacitantes para regir su comportamiento y tomar decisiones - García, 2001 -. El siguiente ejemplo ilustra la situación:

“Un hombre de avanzada edad ha muerto, no está en discusión su modo de muerte, pero la familia inicia un pleito porque el testamento que aparece fue cambiado pocos meses antes de morir y ahora no les beneficia tanto como antes. Su argumento es que el anciano no estaba en condiciones psicológicas de tomar la decisión de cambiar el

contenido del testamento y debido a esta incapacidad, el último documento firmado debería ser anulado”.

La autopsia psicológica revela que el occiso mantuvo un estado mental normal hasta el día de su muerte, por lo que se consideran válidas la firma y la decisión de cambiar el destino de su dinero.

Propósitos terapéuticos de la autopsia psicológica

Finalmente, sin estar dentro de sus objetivos primordiales, la autopsia psicológica cumple con propósitos terapéuticos. Como consecuencia de la muerte de un ser querido, los familiares y personas cercanas sufren un desajuste psicológico, la evaluación postmortem, por un lado, provee un espacio para que estas personas expresen sus emociones respecto a la muerte y a la víctima, y por otro, permite que el profesional pueda orientar o ubicar a las personas que escucha con respecto a si requieren asesoría y el sitio donde pueden conseguirla - Ebert, 1987; Shneidman, 1981; Young, 1992 -.

Realización de la autopsia psicológica

Para ello, es importante abordar varios temas: las fuentes de las cuales se debe y puede obtener información, las áreas que deben evaluarse, los instrumentos que se han diseñado para recaudar, organizar y validar la información, los procedimientos que se han propuesto para realizarla, los puntos que debe contener su informe final y quienes la pueden llevar a cabo.

Fuentes de información

La autopsia psicológica se realiza con base en información obtenida a partir de diversas fuentes. En el mejor de los casos, cuando el suicidio no se ha consumado, se puede evaluar directamente a la víctima como se hace en la evaluación tradicional en el contexto clínico epidemiológico. Sin embargo, en la mayoría de los casos como se explicó en el apartado anterior, la autopsia se realiza en ausencia del sujeto que se desea evaluar por lo que se debe recurrir a otras fuentes.



Diversos autores han explicado las fuentes de las cuales se puede obtener información para llevar a cabo una autopsia psicológica: Ebert, 1987; Esbec, 2000; García, 2001; Rosenberg, 1988; Shneidman, 1981 y Young,

1992 -.

Las fuentes personales constituyen la información proporcionada por la pareja, los familiares, amigos, compañeros de trabajo, de estudio, grupos de referencia – como por ejemplo, comunidades religiosas, organizaciones y asociaciones en las que participaba la víctima), médicos y profesionales de la salud que tuvieron relación con la víctima y las personas que estuvieron con ella antes de morir.

Las fuentes documentales pueden ser informales o formales. Las primeras hacen referencia a documentos personales como notas de suicidio, cartas, diarios, dibujos, escritos a mano, mecanografiados, archivos grabados en ordenadores, cassettes y diskettes que puedan revelar las ideas y sentimientos de la víctima respecto a la muerte

o a la posibilidad de suicidio. Las segundas, pueden ser, reportes médicos, cuentas bancarias, documentos de los últimos negocios o actos jurídicos realizados por la víctima, registros oficiales como antecedentes policiales, expedientes e informe de la autopsia médica.

La escena de la muerte se refiere a las características del lugar donde ocurrió el deceso, constituye una fuente que puede proveer información sobre los medios utilizados, las características de la víctima y las circunstancias de la muerte.

En general, la autopsia psicológica se realiza a partir de los resultados de entrevistas, de los análisis de documentos y del cruce de diferentes fuentes de datos, incluso en algunas ocasiones, incluye la aplicación de pruebas psicológicas al occiso a partir de los reportes de terceros - véase Esbec, 2000 -.

Por último, es importante tener en cuenta que todas las fuentes no están disponibles en todos los casos y que es labor de quien realiza la autopsia, seleccionirlas y jerarquizarlas de acuerdo con su relevancia y pertinencia. Adicionalmente, es necesario identificar posibles sospechosos que puedan dar información falsa para desviar el curso de la investigación y asumirla con la debida precaución.

Áreas e instrumentos de evaluación

Una vez se han identificado las fuentes disponibles para llevar a cabo la autopsia psicológica, es importante tener claridad con respecto a las áreas que se deben evaluar y los instrumentos que se pueden utilizar. En este apartado se presentan algunas variables y listas de chequeo útiles para realizar una evaluación de este tipo, aunque vale la pena mencionar que no existe una propuesta unificada entre profesionales y que aún son pocos los esfuerzos de estandarización y validación.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que gran parte del desarrollo e investigación en el tema se ha enfocado en el suicidio, por ello, muchos de los planteamientos se

basan en los factores de riesgo que fueron explicados en el apartado del contexto clínico epidemiológico, haciendo mayor énfasis en el modo de muerte de suicidio que en los de accidente y de homicidio.

Una de las propuestas más citada en la literatura con respecto a las variables que deben ser evaluadas es la que realizó Shneidman en 1969. Este autor, pionero en las evaluaciones para determinar el modo de muerte, describió 16 factores que aunque no constituyen un modelo formal, han representado una guía importante de las áreas a tener en cuenta - Shneidman, 1981; Ebert, 1987; Jacobs y Klein-Benheim, 1995; Esbec, 2000 -.

Las variables se refieren a factores de riesgo demográfico, histórico, clínico y psicológico de la víctima, así como a la evaluación de la intención, de la letalidad y de las reacciones de los informantes al fallecimiento. También provee un espacio para hacer un resumen de los hechos.

La categoría de intención ayuda a determinar el papel y la responsabilidad del occiso en su propia muerte. Shneidman, la clasificó en función de la participación y conocimiento que tenía la víctima de las consecuencias de sus acciones. Así, la **muerte intencionada**, se refiere a los casos en que el occiso participa directa y conscientemente en su deceso; la no intencionada, a las situaciones en que la víctima no juega ningún papel en su fallecimiento; y la **subintencionada**, a circunstancias en las que la persona si tuvo que ver con su muerte pero de manera menos directa y consciente. Generalmente, en las muertes subintencionadas hay evidencia de comportamiento de riesgo en la víctima, que aumenta la probabilidad de morir sin que sea su objetivo, por ejemplo, una persona con historia de mal uso o abuso de sustancias que muere por sobredosis o alguien que frecuentemente juega a disparar armas o maneja temerariamente y en estas acciones fallece sin haberlo planeado - Rosenberg, 1988 -.

Por otro lado, la letalidad hace referencia a la contundencia de los medios utilizados para lograr la muerte y la posibilidad de ser salvado, por ejemplo, será alta en casos de armas de fuego y baja en los que se ingiere un frasco de aspirinas.

Posteriormente, Schneidman describió en detalle algunos factores que desde su perspectiva deben evaluarse con relación al estilo de vida y a la historia conductual de la víctima, tales como el grado de ambivalencia, la claridad de funcionamiento cognitivo, la obsesión, la confusión e incluso la cantidad de dolor físico. También explicó la necesidad de conocer los factores de riesgo para el suicidio de las personas con características similares a las del occiso/a, con el fin de compararlos.



Otro aporte interesante y útil en este sentido es el de Ebert en 1987 que propuso una guía para conducir autopsias psicológicas compuestas por 26 partes. El autor aclaró que no todos los factores se deben tener en cuenta y que la

guía solamente provee un espectro de variables para ayudar al psicólogo a conducir la evaluación, recordando que puede variar dependiendo del caso.

Ebert introduce un apartado para la reconstrucción de los hechos y actividades de la víctima ocurridos el día del deceso, y un espacio para la evaluación de posibles motivos de cada uno de los modos de muerte - natural, accidente, suicidio y homicidio - en los que se debe explicar la evidencia que los apoya.

Las propuestas de Shneidman y Ebert, evidentemente son una guía básica para realizar una autopsia psicológica, en la medida en que proveen un listado de factores

relacionados con el modo de muerte que representan los acuerdos entre diversos profesionales que realizan este tipo de evaluaciones. Sin embargo, el hecho de coincidir sobre las áreas, no lleva a que los profesionales e investigadores valoren de la misma manera la información obtenida, y que su toma de decisión con respecto al modo de muerte y sus conclusiones acerca de las características de la víctima sean consistentes.

En este sentido, se han realizado esfuerzos para estandarizar los criterios que se tienen en cuenta en la determinación del modo de muerte. En este apartado, se describen dos instrumentos, que aunque no son específicos en la realización de autopsias psicológicas y se han enfocado especialmente en el suicidio, proveen criterios que diversos profesionales de la salud mental tienen en cuenta en el momento de valorar una muerte, sugieren las áreas que deben evaluarse y proponen un sistema de calificación. Luego, se explica otra propuesta, diseñada específicamente para la elaboración de autopsias psicológicas.

En cuanto a los instrumentos, en 1984 los Centros para el Control de Enfermedades, CDC, de EE.UU. conformaron un Grupo de Trabajo sobre la Determinación y Registro del Suicidio - Working Group on Determination and Reporting of Suicide - junto con una serie de expertos de otras ocho instituciones de este mismo país interesadas en el tema. El grupo tuvo como objetivo diseñar un conjunto de criterios que pudiera ayudar en la investigación médico - legal y en la certificación de los suicidios - Rosenberg, 1988; Jobes, 1991 -.

Finalmente, propusieron un listado de 22 criterios operacionales para la determinación del suicidio - OCDS: Operational Criteria for the Determination of Suicide -. Estos ítems se desarrollaron con base en la definición de suicidio, entendido como **una muerte ocasionada por un acto infligido sobre sí mismo con la intención de morir**, y por ello, están orientados a determinar si realmente la muerte fue auto-infligida, de ser así,

si estuvo acorde con la intencionalidad de la víctima, es decir, si realmente deseaba e intentaba matarse y si entendía las consecuencias probables de sus acciones.

El cuestionario facilita el registro de la presencia o no del criterio, así como la fuente de la cual se obtuvo dicha información, y ofrece un espacio para anotar otros detalles que el investigador considere relevantes.

El OCDS se desarrolló con el fin de promover la consistencia y uniformidad de las clasificaciones de modo de muerte y establecer estándares comunes de práctica para la determinación del suicidio. Aunque los criterios se desarrollaron para ayudar a los funcionarios en el proceso de toma de decisión, es importante tener en cuenta para su utilización que éstos no reemplazan el juicio de los profesionales encargados de la evaluación ya que sólo constituye una opinión basada en la probabilidad razonable - Rosenberg, 1988 -.

Con base en los 22 ítems del OCDS y en 33 criterios propuestos a partir de la literatura y del juicio de expertos en el tema, en 1991 Jobes, Casey, Berman y Wright construyeron un instrumento también con el fin de ayudar a los funcionarios médico – legales tanto en las investigaciones como en las certificaciones de muertes suicidas. Los 55 ítems fueron organizados de acuerdo con 6 categorías de variables:

1. **Variables Forenses:** fundamentales para la certificación de la causa y manera de muerte, por ejemplo, la evidencia patológica y de la investigación.
2. **Variables Psicológicas:** ayudan a hacer la distinción entre muerte intencionada y no intencionada y describe aspectos pre-mórbidos de la psicología de la víctima con respecto a personalidad, procesamiento de información, afecto o estado de ánimo y condición psiquiátrica.
3. **Variables referentes a Conducta Reciente:** Conductas pre-mórbidas que pueden dar información con respecto al intento de la víctima.

4. **Variables de Experiencias Recientes:** Factores precipitantes que pueden relacionarse significativamente con el intento o la muerte auto-infligida.

5. **Variables de Conducta Crónica:** describe factores que han estado presentes por largo tiempo relacionados con patrones auto – destructivos.

6. **Variables Históricas:** relacionadas con el desarrollo de la psicopatología adulta y que contribuyen directa o indirectamente a la formulación del intento de suicidio.

Después de evaluarlas se construyó un instrumento final de 16 ítems denominado Criterios Empíricos para la Determinación de Suicidio – ECDS-1: Empirical Criteria for the Determination of Suicide – que permite discriminar entre suicidios y accidentes, predice



el 100% de los primeros y el 83% de los segundos, y como instrumento de investigación tiene un 92% de probabilidad de precisión al identificar el verdadero modo de muerte.

El ECDS-1 consiste en una lista de chequeo de criterios con espacios en frente de cada uno ellos para calificar su presencia o ausencia. El instrumento consta de tres partes divididas en función del hecho de auto-infligirse daño y de la intención, ya que el análisis de los casos confirmó los criterios del OCDS. Dependiendo del número de criterios se evalúa si pudo ser suicidio o accidente.

Estos instrumentos son útiles para conocer y establecer acuerdos con respecto a las áreas de evaluación y para aumentar la consistencia en los resultados de las evaluaciones, sin embargo, los criterios se presentan de manera muy amplia y es

necesario conocer claramente la operacionalización de cada uno de ellos. Así, por ejemplo, el ítem de **Evidencia psicológica que indica que se auto-infligió la muerte**, es muy general y los factores de riesgo psicológicos que se pueden evaluar aparecen solapados con otros criterios de la lista, como los de **pensamientos suicidas cambios recientes y repentinos en el afecto**, etc. Es necesario que además de los ítems expuestos en la lista, quienes realizan la evaluación conozcan también los criterios para registrar como ausente o presente cada uno de ellos y establecer acuerdos entre profesionales con respecto a esto.

Por último, en el esfuerzo de proveer variables e instrumentos debidamente validados y con niveles de fiabilidad aceptables, El Instituto de Medicina Legal de Cuba ha desarrollado un **Modelo de Autopsia Psicológica Integral, MAPI**, que disminuye el margen de sesgo, ya que con base en él, todas las evaluaciones deben hacer la exploración de la misma manera, guiándose por un instructivo con la posibilidad de preguntas cerradas para evitar la inclusión de elementos subjetivos y para que pueda ser verificado por terceras personas - García, 1999, 2001 -.

García llama la atención sobre el hecho de que generalmente se evalúan criterios relacionados con suicidio y son muy pocos los trabajos y validaciones de instrumentos relacionados con otros modos de muerte. Por ello, el MAPI es un modelo estructurado y sistematizado validado con datos de víctimas de diferentes modos de muerte. Se han desarrollado tres modalidades:

-MAP I, para víctimas de suicidio.

-MAP II para víctimas de homicidio.

-MAP III para víctimas de muerte por accidente de tráfico.

Los tres conforman el **MAPI, Modelo de Autopsia Psicológica Integrado**.

El MAPI se validó mediante la evaluación de la coincidencia entre fuentes con respecto a los ítems de un instrumento de exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida del fallecido y de la coincidencia entre evaluadores mediante la obtención de coeficientes de concordancia. Se encontraron, en general, altos niveles de coincidencia entre la información reportada por las fuentes y entre los juicios de los evaluadores.

Las áreas de evaluación que se tienen en cuenta en éste son:

1. Los factores de riesgo suicida en el momento de la muerte.
2. El estilo de vida del occiso/a.
3. El estado mental en el momento de la muerte.
4. Las áreas de conflicto y motivaciones.
5. El perfil de personalidad del occiso/a.
6. Las señales de aviso pre-suicida
7. El estado pre-suicida.

En los casos de homicidios, se tiene en cuenta también el área de antecedentes penales y vínculos antisociales.

Los autores coinciden en varias áreas de evaluación como los factores de riesgo, la letalidad y la intención de muerte. También se ven aportes importantes en cuanto a instrumentos, que sirven de guía para realizar la autopsia psicológica.

Procedimiento

En cuanto a los pasos a seguir para la autopsia psicológica, si bien no existe un procedimiento estandarizado, a continuación presentamos los que se siguen en este tipo de evaluación post mortem.

En primer lugar, se debe tener en cuenta que la autopsia psicológica frecuentemente se lleva a cabo en los casos de suicidio consumado, especialmente en el ámbito forense. Sin embargo, en el contexto clínico epidemiológico, también se realiza en los intentos de suicidio no consumados. Estos últimos, tienen la ventaja de que se puede entrevistar e incluso aplicar pruebas a la persona que ha intentado suicidarse, obteniendo información directamente del implicado. En este sentido, pueden compararse los resultados de las evaluaciones post mortem de los sujetos que completaron el suicidio con los resultados de quienes fracasaron en su intento.

En los suicidios consumados, las evaluaciones se realizan a partir de la información de terceros, por lo cual el método puede ser distinto.

El proceso suele ser el siguiente:

1. Se inicia con la solicitud de una autoridad competente, en la que se realiza una pregunta a los expertos del comportamiento. Así, se establece la necesidad de la administración de justicia y con ello el objetivo de la evaluación post mortem.
2. Se identifican las posibles fuentes de información, se evalúa su disponibilidad y la posibilidad de acceso a ellas. Los encargados de la autopsia psicológica pueden hacer un listado de las fuentes personales y documentales disponibles así como una visita y descripción de la escena de la muerte. Aún no hay acuerdo respecto a si deben revisarse primero las fuentes documentales antes de realizar las entrevistas o viceversa, lo que si es cierto es que debe recaudarse información de todas ellas, con la precaución de seleccionar la más importante y no atiborrarse de datos que luego dificulten la organización y comprensión del caso. Si bien, la cantidad de información suele ser importante para tener una idea completa de la situación, más que la cantidad lo importante es establecer prioridades y categorías que faciliten el análisis y evite la sobrecarga de información - Annon, 1995 -.

3. Los encargados de la autopsia psicológica deben aclarar y elegir las áreas que se evaluarán en las diferentes fuentes, así como los instrumentos que consideren aptos para ello, teniendo siempre presente que al final deben estar en capacidad de defender sus resultados con argumentación válida y fiable.



4. A partir de las fuentes personales se identifican informantes claves cuyos reportes son objetivos, así como personas que pueden tener interés en cambiar el curso de la

investigación - Shneidman, 1981 -. Se ha presentado debate con respecto a cuando entrevistar a familiares y amigos, ya que la muerte de alguien cercano puede producir confusión y esto a su vez alterar la información reportada por ellos. Annon explica que algunos autores sienten que las entrevistas deben comenzar tan pronto como sea posible después de la muerte, mientras otros piensan que los familiares no deben ser entrevistados antes de dos meses después de la muerte y no después de seis meses, la investigación al respecto no ha mostrado diferencias significativas en la calidad de la información reportada en diferentes momentos en el tiempo con relación a la fecha de la muerte.

Con las fuentes personales, es especialmente relevante el establecimiento de empatía y la habilidad para entrevistar, con el fin de ayudar a las personas a recordar y reportar información relacionada con la víctima y con su muerte.

5. Se revisan las fuentes documentales en busca de indicios y evidencia del modo de muerte y de las características de la víctima.

6. Se realiza un examen cuidadoso de la escena de muerte de manera directa a través de una visita, o indirecta con base en datos documentales como fotos o videos - Annon,1995 -.

7. Una vez se ha recogido la información de las diferentes fuentes, se debe organizar, integrar y analizar. De hecho, es recomendable hacer una discusión colectiva en la que participen no sólo quienes llevan a cabo la evaluación psicológica, sino también peritos de otras áreas e investigadores policiales – ver a García, 2001 -. Un punto importante en el análisis es contar con datos, tanto de grupos como de poblaciones similares a la víctima como del grupo control, para comparar y explicar su comportamiento - Esbec, 2000 -.

8. Con base en los resultados de la discusión, se debe elaborar un informe escrito y presentar los resultados ante los solicitantes e interesados. Es recomendable que cada uno de los miembros del equipo pueda leer el documento antes de su presentación.

Profesionales habilitados para la realización de la autopsia psicológica

Dado el contenido de la autopsia psicológica y las implicaciones que tienen las conclusiones derivadas de ella, ésta debe ser realizada por un equipo interdisciplinario, donde los investigadores, el personal médico y los trabajadores de salud mental puedan trabajar juntos. En el equipo debe estar presente un psicólogo o un psiquiatra, con entrenamiento y experiencia especializados que representen el área de la salud mental - Annon, 1995; Ebert, 1987; García, 2001 -.

Estructura y contenido del informe

El objetivo último de la autopsia psicológica es la presentación de un informe que dé respuesta a una solicitud de la administración de justicia y que constituya un aporte



para una toma de decisión en el ámbito legal. Aunque el contenido del informe varía de acuerdo con el propósito específico de la evaluación post-mortem, en general presenta la siguiente

estructura:

1. Identificación y solicitud de una autoridad competente: fecha de la solicitud, quién requiere la información y qué preguntas necesita resolver.

2. Propósito de la evaluación.

Fuentes de información.

3. Instrumentos, guías y/o cuestionarios utilizados, explicando porque fueron elegidos estos y no otros. En lo posible se deben presentar las características de validez y fiabilidad.

4. Resumen de los hechos.

5. Presentación de los resultados de la evaluación organizados por áreas.

6. Conclusión, que básicamente es la respuesta a la pregunta o solicitud de autoridades competentes. La conclusión debe guardar una estrecha relación con el

propósito de la evaluación y con la solicitud, y no debe ser categórica, debe presentarse en términos de probabilidades y sin emitir juicio ninguno que

7. reemplace o sesgue la decisión última del administrador de justicia – remitimos a Selkin, 1994 y a Young, 1992 -.

8. Discusión, que constituye un espacio importante en el que los autores de la autopsia exponen las limitaciones y aciertos que se tuvieron en el proceso de evaluación, adelantándose así a posibles críticas y/o controversias.

9. Identificación de quien o quienes llevan a cabo la evaluación.

Atendiendo a las recomendaciones de Vázquez y Hernández en su trabajo datado en 1993 el informe debe estar libre de juicios de valor, de aspectos irrelevantes, de datos no verosímiles, de términos técnicos sin explicación y de conclusiones no probadas. Las explicaciones deben estar basadas en máxima observación, media descripción y mínima inferencia; y no se debe confundir la labor pericial con la policial.

Limitaciones

La autopsia psicológica debe ser válida y fiable; sin embargo, hay poca investigación que examine la validez de este procedimiento y de otras evaluaciones psicológicas reconstructivas en las que el individuo que se evalúa no está disponible - Selkin, 1994; Young 1992 -. Por ello, ha sido objeto de diversas críticas, que han generado dos posturas, una que está en contra de la utilización de evaluaciones postmortem dada su baja validez y fiabilidad, y otra, que propone el uso cuidadoso de este procedimiento propendiendo por la estandarización y mejora de sus condiciones metodológicas.

Uno de los ejemplos más citados para mostrar los inconvenientes de las evaluaciones postmortem, es el caso del incidente de Iowa en EEE.UU. Aunque no se trató específicamente de una autopsia psicológica sino de un análisis de muerte equívoca,

EDA, la discusión de las bondades y limitaciones de estos procedimientos brinda un panorama útil e interesante.

En el año 89, Clayton Hartwig y 46 marineros más, murieron a bordo de un tanque en una explosión. A partir de los informes de 50 expertos que examinaron las condiciones de la nave se descartó la posibilidad de un fallo mecánica. La hermana de Hartwig envió una carta a la Fuerza Naval preguntando sobre los trámites para pedir una indemnización por la muerte de Clayton. En una semana, el Servicio de Investigación Naval pidió a sus psicólogos y agentes del FBI del Centro Nacional para el Análisis del Crimen Violento que realizaran un análisis de muerte equívoca – el mentado EDA - en el caso de Hartwig. El FBI concluyó que la víctima tendía a ser violenta, que se preocupaba constantemente por la muerte y que había actuado sólo e intencionalmente para causar la explosión. El informe del FBI describió a Clayton Hartwig como una persona con características suicidas y capaz de cometer un homicidio múltiple. Este informe fue la pieza principal para atribuir la responsabilidad de la explosión a Hartwig pese a que la evidencia era muy débil - Young, 1992; Poythress, Otto, Darkes y Starr, 1993 -.

Después de la presentación del informe, el Comité de Servicios de la Armada pidió a la Asociación Americana de Psicólogos, APA, que revisara el informe del FBI y sus conclusiones. La APA pidió a 14 profesionales que discutieran 4 puntos:

1. La validez de las conclusiones de la armada; si éstas se basaron en la evidencia disponible.
2. Si la base de datos fue adecuada; validez de los datos utilizados para hacer el perfil de Hartwig.
3. Si el análisis de la personalidad de Hartwig permitía identificar motivos o predisposiciones al suicidio y si con esta información se podían considerar otras conclusiones diferentes a las presentadas en el reporte.

4. La validez de los perfiles psicológicos póstumos: dificultades de la determinación póstuma de tendencias suicidas y de la conducta global.

Los resultados mostraron que 10 de los 14 expertos no estuvieron de acuerdo con las conclusiones del FBI, e incluso quienes consideraron creíble el análisis criticaron el procedimiento, la metodología y la falta de claridad con respecto a las limitaciones de un análisis retrospectivo de esta naturaleza. Con relación a los cuatro puntos solicitados, concluyeron que los datos disponibles no permitían inferir las conclusiones que se presentaron, que la validez de las fuentes y el contenido de la información no eran claros y que, aunque existían otras hipótesis probables no se tuvieron en cuenta. En general, las interpretaciones realizadas por el FBI fueron calificadas de cuestionables - Young, 1992; Poythress, Otto, Darkes y Starr, 1993 -.

Ault, Hazelwood y Reboussin en 1994 argumentaron que la ausencia de datos de fiabilidad y validez en el EDA del caso Hartwig no era suficiente para no aceptarlo como



prueba, ya que su experiencia de 18 años ayudando al Estado a resolver crímenes violentos les había capacitado para recolectar suficiente evidencia de casos, acerca de la efectividad

de su trabajo y que además habían usado su evidencia anecdótica como retroalimentación para mejorar el proceso analítico.

Por otro lado, Otto, Poythress, Starr y Darles (1993), evaluaron la fiabilidad de los juicios clínicos de los profesionales de la salud mental que participaron en el comité de la APA.

Utilizaron un instrumento de 31 ítems, que fue diligenciado por 24 psicólogos, en el que se registró el contenido de los juicios del comité con respecto a la validez de la autopsia psicológica, las conclusiones de la Fuerza Naval y de la base de datos a partir de la cual el FBI hizo el análisis de muerte equívoca, las características psicológicas, las habilidades sociales, las relaciones interpersonales de Hartwig y su relación con una conducta suicida y homicida. En ninguno de los ítems se encontró un 100% de acuerdo entre los evaluadores. Entre las razones que señalaron los autores para esta falta de acuerdo estuvieron: la ambigüedad de los datos disponibles para hacer la evaluación y el hecho de no contar con un procedimiento sistemático y ampliamente aceptado para la selección y el análisis de la información reportada por terceros.

La evaluación de las conclusiones y la evidencia presentada por las partes en este caso, llevaron a discutir si las evaluaciones reconstructivas pueden aceptarse en el contexto forense debido a sus limitaciones de fiabilidad y validez.

En cuanto a la fiabilidad existen dudas de que al realizar la evaluación postmortem de un mismo sujeto en diferentes momentos en el tiempo, o por parte de varios investigadores, se obtengan los mismos resultados. Es decir, existe preocupación por la consistencia entre la información de las diferentes fuentes y por el grado de acuerdo entre distintos evaluadores. En el caso de Hartwig, la evaluación de la APA y de los juicios de los expertos que conformaron este comité, muestran que existían otras conclusiones posibles con la evidencia disponible, y que los profesionales no estuvieron 100% de acuerdo a pesar de tener la misma información y de dirigir sus respuestas a cuatro puntos concretos. Esto representa una limitación del procedimiento, ya que el jurado, el juez y en general las cortes no pueden asumir con confianza la conclusión de un informe de este tipo. El hecho de que un informe se preste para diversas conclusiones lo hace fácilmente controvertible y, esto a su vez, limita su utilidad como testimonio experto - Shneidman, 1994 -.

La validez se cuestiona cuando se trata de determinar si estos procedimientos reconstructivos evalúan lo que se pretende. En la determinación del modo de muerte,

se ha criticado el hecho de que se evalúa un modo de muerte en particular dejando de lado otros. Así, tal como ocurrió en el caso de Hartwig, es posible que se tengan en cuenta los factores de riesgo para el suicidio y no para el homicidio o el accidente, sesgando el procedimiento y los resultados. Se corre el riesgo de estimar la probabilidad de suicidio, pero no la determinación del modo de muerte, que era el objetivo inicial.

Por otro lado, también se critica la validez relacionada con la predicción de las conclusiones derivadas de las evaluaciones post-mortem. Se duda de su precisión para determinar el modo de muerte o las condiciones psicológicas de una persona que ha fallecido, y de su capacidad para prever la probabilidad de equivocarse en sus apreciaciones. En el informe de Iowa, por ejemplo, las conclusiones del EDA se basaron en inferencias que no correspondían con la evidencia disponible y aún así se presentaron como afirmaciones contundentes, no se especificó su nivel de error, ni se presentó información con respecto a la probabilidad de la veracidad de los resultados.

Estas críticas, aunque en principio están dirigidas al EDA, también son válidas para el caso específico de la autopsia psicológica; por ello, es importante identificar sus limitaciones, reconocerlas y, con base en este conocimiento, desarrollar líneas de investigación que permitan mejorarla.

Dentro de los factores que contribuyen a la falta de fiabilidad y validez de la autopsia psicológica, se pueden considerar:

La Ambigüedad de los conceptos utilizados

La ambigüedad de las definiciones, criterios y categorías empleadas en la autopsia psicológica genera desacuerdos entre los evaluadores y las fuentes – Rosenberg, 1988 -.

Es frecuente la utilización de conceptos no unificados que lleva a tantas interpretaciones como personas haya involucradas en la evaluación. Jobes en 1991 encontraron que solo el 37% de una muestra de 200 médicos afirmaron que usaban una

definición operacional oficial o no del suicidio en sus certificaciones médico-legales de suicidios equívocos; y que el 63%, estuvo de acuerdo en que sería de mucha utilidad para ellos, estandarizar los criterios operacionales para la determinación del modo de muerte en casos equívocos.

En algunas propuestas de variables, e incluso en instrumentos diseñados para la determinación del modo de muerte, como el ECDS-1, aparecen categorías muy amplias o confusas de guía para la evaluación. Por ejemplo, el ítem Evidencia Psicológica que indica que se auto-infligió la muerte es muy general, si no se operacionaliza será difícil obtener acuerdo entre profesionales e investigadores con respecto a lo que se considera evidencia psicológica y, por lo mismo, se dificulta el proceso de evaluación y la selección de preguntas para valorarlo.

Aunque los esfuerzos de validación de instrumentos como los de Rosenberg y los de García ayudan a reducir el sesgo producido por los desacuerdos entre los evaluadores y las fuentes, es necesario que las personas encargadas de la autopsia psicológica consideren desde el inicio las definiciones y criterios que van a utilizar en su tarea, de tal



forma que incluso puedan explicarlos y defenderlos en la corte. Y que conozcan tanto las ventajas como las desventajas de los instrumentos en este sentido.

La calidad de las fuentes y de la información disponible

Dado que la autopsia psicológica se realiza, en la mayoría de los casos, a partir de información de terceros, existen algunos factores que difieren de la evaluación

tradicional y que llevan a que se omita y se distorsione la información. Entre los más importantes están:

- El estado de ánimo o condiciones emocionales de los entrevistados después de la muerte de una persona conocida y/o cercana.
- La motivación e intereses de las fuentes.
- El tiempo transcurrido entre la fecha del fallecimiento y la entrevista.
- El tipo de pregunta.
- Habilidades de los evaluadores.

Las correlaciones ilusorias

Las correlaciones ilusorias son asociaciones y relaciones que se asumen entre variables y que no necesariamente son ciertas - Schwartz, 1990 -. Estas atentan contra la validez y la fiabilidad de la autopsia psicológica, en la medida que contribuyen a formar impresiones y establecer creencias que generalmente son injustificadas.

El hecho de que la autopsia psicológica evalúe múltiples relaciones entre factores de riesgo y características de la víctima con el modo y las circunstancias de la muerte y de que existan pocos trabajos de estandarización de criterios, procedimientos e instrumentos, la hacen más vulnerable a establecer este tipo de correlaciones.

Generalmente, las relaciones entre variables se establecen con base en las creencias y las percepciones de los evaluadores, aunque no siempre coincidan con los resultados de la covariación empírica. Con respecto a esto, se puede dar cualquiera de las siguientes posibilidades:

1. Que los evaluadores establezcan relaciones y fuerza de asociación entre variables que corresponden con la evidencia. Por ejemplo, cuando se supone una relación entre

intentos previos e historia familiar de suicidio, con la conducta de quitarse la vida; y existe respaldo teórico y empírico de dicha relación.

2. Que los evaluadores consideren que algunos factores o criterios están muy relacionados, pero que no haya evidencia que apoye la asociación. Por ejemplo, determinar que la presencia de notas suicidas es el mejor predictor de suicidio, cuando la evidencia disponible no permite apoyar esta idea.

3. Que los evaluadores asuman que algunos factores o criterios no están relacionados pero que sí haya evidencia empírica que apoye la relación. Por ejemplo, asumir que no hay relación entre conducta impulsiva y un accidente, y que efectivamente haya evidencia disponible sobre su asociación.

4. Que los evaluadores no perciban relación entre algunos factores o criterios y que efectivamente no haya evidencia que lo apoye. Por ejemplo, asumir que los conflictos familiares no son el mejor predictor del suicidio y encontrar apoyo empírico que lo sustente.

Lo ideal sería que se presentaran los puntos 1 y 4, es decir, que el juicio de los evaluadores coincida con la evidencia, pero en muchos casos esto no ocurre, dando lugar a las posibilidades 2 y 3, que corresponden precisamente con las correlaciones ilusorias, que pueden llevar a que se de más valor a algunos factores de riesgo, que no necesariamente son más determinantes que los otros, y a reducir el valor a aquellos que si lo son.

Por otro lado, a menudo se confunden los factores de riesgo con las características que presentan la mayoría de las personas en un grupo determinado, con lo cual se asume que la probabilidad de que un caso pertenezca a un grupo o a una categoría es igual a la probabilidad de que la mayoría de los casos de un grupo o categoría presente una determinada característica. Esta posibilidad, incrementa los riesgos en las conclusiones

de la autopsia psicológica y advierte sobre las precauciones que se deben tener al realizarla - Shneidman, 1994 -.

La precisión de las predicciones y la estimación de la probabilidad

Este punto se refiere a cómo de precisa es la autopsia psicológica para determinar lo que se le pide. Usualmente los investigadores y evaluadores enfocan mucho más su atención en los casos verdaderos positivos que en las demás posibilidades - Rosenberg, 1988 -. Esto ocurre tanto en la estimación del poder de predicción de los instrumentos utilizados como en la valoración de la precisión de las conclusiones de la autopsia psicológica. La preocupación en este sentido es en qué proporción la realidad coincide con las conclusiones de la autopsia, ya sea con respecto a un modo de muerte o a las relaciones entre las condiciones psicológicas de la víctima y el modo de muerte - Shneidman, 1994- .

Para saber la probabilidad de acierto, no es suficiente conocer el grado de precisión de la predicción de los casos positivos – llamada precisión retrospectiva -, es necesario conocer también la precisión predictiva; por ejemplo, el que una prueba pueda identificar con precisión el 90% de los suicidios, no significa que un caso que ha sido identificado como suicidio tenga un 90% de probabilidad de serlo efectivamente - véase Schwartz, 1991 -.

Para establecer la probabilidad de precisión de que un caso realmente pertenezca a una categoría o a un grupo, es necesario tener en cuenta la probabilidad de cada una de las siguientes posibilidades:

1. Probabilidad de que la conclusión de la autopsia psicológica prediga o proponga que un caso pertenece a un grupo o categoría, y que efectivamente pertenezca a él. **Verdadero – Positivo**. Por ejemplo, dice que fue suicidio y en realidad lo fue.

2. Probabilidad de que la conclusión prediga o proponga que un caso pertenece a un grupo o categoría, pero no sea así. **Falso – Positivo**. Por ejemplo, dice que fue suicidio cuando en realidad fue un accidente, un homicidio o una muerte natural.

3. Probabilidad de que la conclusión de la autopsia prediga o proponga que un caso no pertenece a un grupo o categoría, y que en realidad si pertenezca.

Verdadero - Negativo. Por ejemplo, estima que no fue suicidio, pero en realidad si lo fue.

4. Probabilidad de que la conclusión de la autopsia psicológica prediga o proponga que un caso no pertenece a un grupo o categoría, y efectivamente no pertenezca a él. **Falso – Negativo**. Véase que dice que no fue suicidio y en realidad no lo fue.

Esto es, que en el momento de estimar la precisión de las conclusiones de la autopsia, se debe tener en cuenta no sólo la probabilidad de acertar sino también la probabilidad de equivocarse. Así, si un investigador utilizara el ECDS-1 para evaluar si una muerte fue accidental, no solo debe considerar el dato de que la prueba tiene una precisión del 83% para predecir accidentes, sino también, la probabilidad de que la prueba indique accidente cuando no lo es e incluso la probabilidad de que indique que el caso no corresponde con un accidente cuando en realidad si lo fue.

De la misma forma, para considerar que las conclusiones de la autopsia son veraces es necesario no sólo conocer los casos en que otros informes han acertado con casos similares, sino también aquellos en que no lo han hecho.

Ética

La actuación forense se debe de ajustar a principios éticos. Las Asociaciones de Profesionales han establecido códigos deontológicos que permiten establecer acuerdos

y estándares entre profesionales con respecto a ello. Entre las organizaciones y principios más relacionados con la elaboración de informes forenses y de evaluaciones reconstructivas, se encuentran los siguientes:

La APA establece en el código de ética que los psicólogos deben:

- Evitar actuar de manera que se violen los derechos civiles de otros.
- Prevenir la distorsión o el mal uso de sus hallazgos.
- Identificar cualquier reserva que exista con respecto a la validez y fiabilidad de una evaluación técnica.



Igualmente establece que quienes utilizan técnicas de evaluación deben valorar la fiabilidad y la validez de sus técnicas, y demostrarlas en los casos que se usen con propósitos

para los que no han sido previamente validadas.

Por el lado del *Committe on Ethical Guidelines for Forensic Psychologists* - Comité de Guía ética para Psicólogos Forenses en 1991 - establece que los psicólogos deben:

- Documentar o tener disponibles todos los datos que sustentan sus opiniones.
- Asegurar que los datos recogidos por personas diferentes a quienes realizaron el informe se obtuvieron de manera profesionalmente aceptable.
- Presentar las limitaciones y aclarar que las personas no estuvieron disponibles para obtener la información.

El Colegio Oficial de psicólogos de Madrid, especifica que los informes escritos del psicólogo deben ser sumamente cautos, prudentes y críticos, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado o inteligente/deficiente. Y que los informes habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán precisar sus alcances y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal, las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite.

Añadir que es importante que la evaluación se realice de manera imparcial, que las entrevistas no se lleven a cabo sólo a personas involucradas en una parte del proceso o que los resultados se relacionen con el pago de dinero o con cualquier otra ganancia externa adicional, que compita con la objetividad de la evaluación.

Los profesionales encargados de realizar estas evaluaciones tienen la obligación de informar de la naturaleza de estas técnicas a quienes utilizan los resultados y de ofrecer estrictamente aquello que se pueda presentar sin generar expectativas de información o explicaciones que no se podrán cumplir - Otto, Poythress, Starr y Darkes, 1993 -.

Finalmente, con respecto a las conclusiones de las autopsias psicológicas, como lo explicó Ebert, el psicólogo no debe sentirse obligado a dar una conclusión si la información disponible no permite darla, debe plantear la situación, pero no presentar resultados sustentados en el azar, en la inferencia, o en la superstición. Es importante reconocer que algunos casos deberán permanecer sin resolverse porque no se cuenta con la evidencia suficiente para hacerlo.

Bibliografía

- American Psychological Association. (1990). Ethical principles of psychologists. American Psychologist, 45.
- Annon, J. S. (1995). The psychological autopsy. American journal of forensic psychology, 13, (2).
- Ault, R. L., Hazelwood, R.R. y Reboussin, R. Epistemological Status of Equivocal Death Analysis. American Psychologist, 48.
- Brent, D.A. (1989) The psychological autopsy: methodological considerations for the study of adolescent suicide. Suicide and life threatening Behavior, 19, 43 – 57.
- COP (Colegio Oficial de Psicólogos) (1987). Código Deontológico del Psicólogo. Madrid.
- Douglas, J. E., Ressler, R.K., Burgess, A.W., y Hartman, C.R. (1986) Criminal Profiling from crime scene analysis. Behavioral Sciences & the law, 4.
- Ebert, B. W. (1987). Guide to conducting a Psychological Autopsy. Professional Psychology: Research and Practice. 18.
- Esbec, E. (2000). El psicólogo experto en la investigación criminal. En E. Esbec & G. Gómez-Jarabo (Eds.). Psicología forense y tratamiento jurídico- legal de la discapacidad. Madrid, España: Edisofer.
- Esbec, R.D.; Delgado, B.S., y Rodríguez, P.F. (1994) La investigación retrospectiva de la muerte: la autopsia psicológica. En S. Delgado (Comp.). Psiquiatría Legal y Forense, Vol. 1. Madrid, España: M Colex.
- García Pérez T. (1999). La autopsia psicológica en muertes violentas. Revista Española de Medicina Legal, 23,(86-87).
- García Pérez, T. (2001). La Autopsia Psicológica en la prevención de las muertes violentas en la comunidad.

- Jacobs, D. Y Klein-Benheim, M. (1995). The Psychological Autopsy: A Useful Tool for Determining Proximate Causation in Suicide Cases. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23.
- Jobes, D.A., Casey, J.O., Berman, A.L. Y Wright, D.G. (1991). Empirical Criteria for the Determination of Suicide Manner of Death. *Journal of Forensic Sciences*, JFSCA, 36, 1, 244 – 256.
- LaFon, D. (1999) Psychological autopsies for equivocal deaths. *International journal of emergency mental health*, 1,(3), 183 – 188.
- Otto, R.K., Poythress, N., Darkes, J. Y Starr, L. (1993) An empirical study of the reports of APA's peer review panel in the congressional review of the Iowa incident, *Journal of personality assessment*, 61.
- Rodes Lloret F, Monera Olmos CE, Giner Alberola S, Martí Lloret JB. (1999) Notas suicidas. *Revista Española de Medicina Legal*, 23.
- Rosenberg, M.D., Davidson, L.E., Smith, J.C., Berman, A. L., Buzbee, H., Gantner, G., Gay, G. A., Moore-Lewin, Mills, D.H., Murray, D. B., O ´Carroll, P. W. Y Jobes, D. (1988). Operational Criteria for the Determination of Suicide. *Journal of Forensic Sciences*. JFSCA, 22.
- Selkin, J. (1994). Psychological Autopsy: Scientific Psychohistory or Clinical Intuition? *American Psychologist*, 48,74 – 75.
- Shneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 11, 325 – 340.
- Shneidman, E.S. (1994). The psychological Autopsy. *American Psychologist*, 48.
- Schwartz, S (1991). Clinical Decision Making. En P.R. Martin (Ed.), *Handbook of behavior therapy and psychological science: An integrative approach*. New York, NY. EEUU.: Pergamon. Simon, R. (1998). *Murder Masquerading as Suicide*:

Postmortem Assessment of Suicide Risk Factors at the Time of Death. Journal Forensic Science, 43.

- Tremow, W.J. (1990). Suicide Risk: assessment and response guidelines. New York, NY, USA. Pergamon Press.
- Vázquez , B. y Hernández, J. A. (1993). El rol del psicólogo en las clínicas médico – forenses. En J. Urra y B. Vazquez (Comps.), Manual de Psicología Forense. Madrid, España: Siglo XXI.
- Young, T.J. (1992a). Procedures and problems in conducting a psychological autopsy, International journal of offender therapy and comparative criminology, 36.

Cuestiones

1. Aporta tu opinión sobre el tema tratado.
2. Señala a qué responde la autopsia psicológica. En qué consiste.
3. Diferencia la autopsia psicológica y el análisis de muertes equívocas.
4. Qué es la causa, la manera y el modo de muerte.
5. Señala los elementos que se identifican en la autopsia psicológica en los casos de homicidio y suicidio.
6. Según la APA, cuando se puede iniciar un proceso legal por la mala práctica profesional.
7. En la realización de la autopsia psicológica, qué temas debemos abordar.
8. ¿Qué es el MAPI? Indica su procedimiento.
9. Señala qué especifica el Colegio Oficial de Psicólogos en referencia a los escritos del psicólogo.