



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

“Autopsia psicológica en suicidas por la modalidad de ahorcamiento en la Morgue Central de Lima”

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Legal

AUTOR

Jaime Arturo OSORES RODRÍGUEZ

ASESOR

Moisés PONCE MALAVER

Lima, Perú

2006



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Osores, J. Autopsia psicológica en suicidas por la modalidad de ahorcamiento en la Morgue Central de Lima [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2006.

Dedicatoria

Con mucho amor a mi adorable esposa Dra. Elena Kucherova por su constante apoyo y paz que me brinda

Asimismo, a mis queridos hijos Maria Elena y Yuri Yakov Osores Kucherova por que son los motores de mi constante lucha.

Con afecto:

A mis padres: Guillermo Fernando Osores Pérez
 Rosa Bertha Rodríguez de Osores

Quienes incansablemente me brindaron amor y me enseñaron con sus ejemplos a vivir siempre en armonía dentro de los valores cristianos.

Agradecimiento

Permítaseme primeramente expresar mi profundo agradecimiento a uno de los médicos peruanos de mayor reconocimiento en el Perú y en el extranjero, tutor en este trabajo de investigación y maestro innato Dr. Moisés Ponce Malaver, Médico Legista y Psiquiatra Forense de la División de Exámenes Clínicos Forenses de Lima Perú, así como también a la Dra. Elizabeth Carrera Palao y al Dr. Shermany Arones Guevara Médicos Legistas y virtuosos docentes en la Especialidad de Medicina Legal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Resumen

Autor: Jaime Arturo Osoros Rodríguez

Asesor: Dr. Moisés Ponce Malaver

Introducción: El suicidio es un problema de Salud Pública relevante en el mundo y causa creciente de mortalidad, encontrándose entre las primeras 10 causas de muerte y entre la 2da. y 3ra. Causa de muerte en la población joven, siendo necesario conocer la personalidad del suicidado, mediante la autopsia psicológica que permitirá reconstruir su perfil psicológico y el estado mental antes del deceso.

Objetivos del Estudio: Comprobar los resultados de la autopsia psicológica aplicada en entrevistados de los suicidas con muerte violenta por ahorcamiento, para identificar el perfil psicológico, estado mental y causas que propiciaron o precipitaron el suicidio.

Material y métodos: El estudio fue de tipo cualitativo, retrospectivo, de interrogación y descriptivo, con la evaluación de las características de los casos de suicidio, informado en el año 2005 en Lima por la División de exámenes tanatológicos forenses del Instituto de Medicina Legal de la Morgue Central de Lima.

Muestra: Lo constituyeron 112 necropsias post criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Resultados y conclusiones: La autopsia psicológica practicada en los entrevistados (familiares, amigos íntimos, etc.), para comprobar los factores precipitantes o propiciantes significativos, así como la identificación psicológica de los suicidados en este estudio, nos llevaron a lo siguiente: Los menores de 30 años constituyen la población de mayor riesgo suicida. Los solteros constituyen una población de riesgo suicida. La ausencia de vínculo laboral y problema de vivienda se encuentran asociados a suicidio. El consumo de alcohol, drogas y medicamentos legales (psicofármacos), fueron factores asociados al suicidio. Los alcohólicos-problema tuvieron mayor riesgo suicida. Las áreas de conflicto más afectado en nuestros suicidas fue la economía. El perfil psicológico del suicida estuvo identificado por ser personas que se sentían descontentos e insatisfechos; mentían siempre; gustaba de estar solo o aislado; roba, fugó, estuvo en peleas o embriaguez constante. Casi todos los suicidas emitieron señales de avisos acerca de su decisión de auto eliminarse. La autopsia psicológica se mostró como una técnica (protocolo) útil y eficaz para este estudio sobre suicidas por ahorcamiento en Lima, durante el año 2006.

Clave: Suicidio, Autopsia Psicológica.

Summary

Autor : Jaime Arturo Osoros Rodríguez

Asesor: Dr. Moisés Ponce Malaver

Introduction: The suicide is a problem of excellent Public Health in the world and increasing cause of mortality, being between the first 10 causes of death and between 2da. and 3ra. Cause of death in the young population, being necessary to know the personality the forced suicide on one, by means of the psychological autopsy that will allow to reconstruct its psychological profile and the mental state before the decease.

Objectives of the Study: To verify the results of the applied psychological autopsy in interviewed people of the suicidal ones with violent death by hanging, in order to identify the psychological profile, mental state and causes that caused or precipitated the suicide.

Material and methods: The study was of qualitative type, retrospective, of descriptive interrogation and, with the evaluation of the characteristics of the cases of suicide, informed in 2005 in Lima by the Division into Forenses Tanatológicos Examinations of the Legal Medicine Institute of the Central Morgue of Lima.

Sample: Criteria of inclusion and criteria of exclusion constituted 112 autopsies post.

Results and conclusions: The practiced psychological autopsy in the interviewed people (familiar, intimate friends, etc.), in order to verify significant the precipitantes or propiciantes factors, as well as the psychological identification of the forced suicide on ones in this study, they took us the following thing: The minors of 30 years constitute the population of greater suicidal risk. The unmarried ones constitute a suicidal population of risk. The absence of labor bond and problem of house are associate to suicide. The alcohol consumption, legal drugs and medicines (psicofármacos), were factors associated to the suicide. The alcoholic-problem had greater suicidal risk. The areas of affected conflict more in our suicidal ones were the economy. The psychological profile of the suicidal one was identified for being people who felt like displeasures and insatisfechos; they always lay; it pleased to be single or isolated; it robs, it escaped, it was in fights or constant embriaguez. Almost all the suicidal ones emitted signals of warnings about their decision to autoeliminar itself. The psychological autopsy was as useful and effective a technique (protocol) for this study on suicidal by hanging in Lima, during year 2006.

Key: Suicide, Psychological autopsy.

Índice

| | |
|---|----|
| Dedicatoria | 2 |
| Agradecimiento | 3 |
| I. Resumen | 4 |
| Summary..... | 5 |
| II. Introducción | 7 |
| III. Material y Métodos | 21 |
| IV. Resultados | 29 |
| V. Discusión | 50 |
| VI. Conclusiones | 55 |
| | |
| Referencias Bibliográficas | 57 |
| | |
| Anexos: | |
| I. Ficha de Recolección de Datos. | |
| II. Perfil de Personalidad. | |

II. Introducción

El suicidio es una causa creciente de mortalidad; se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte y entre la 2da. y 3ra. causa de muerte en la población joven.

El suicidio es reconocido como un problema de salud pública relevante en el mundo.²³ Ya hace más de una centuria, Tomás Plasencia mostró, una gran preocupación por la problemática del suicidio en Cuba y seriamente alertó acerca de la necesidad de estudiar al suicida, como única manera de conocer las causas y neutralizar el mal;⁴ esto es, para prevenir el suicidio hay que conocer a los suicidas, a los muertos, ahondar, en sus vidas, en las causas que precipitaron el trágico final, creándose una técnica para estudiar al suicida.⁵

Una de las técnicas más utilizadas en la comprensión de los comportamientos criminales es la del peritazgo psicológico; en el cual, el médico legista o psiquiatra forense despliega sus conocimientos en el ámbito legal mediante la autopsia psicológica.^{6,7,8} Este procedimiento es considerado un proceso de recolección de información del occiso, permite reconstruir su perfil psicológico y el estado mental antes del deceso, es un trabajo interdisciplinario entre médicos, psiquiatras, psicólogos, abogados y jóvenes.⁹

La autopsia psicológica como técnica parcial surge en los EE.UU., como una necesidad administrativa de 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; sin embargo, a pesar que esta técnica, ya es bastante conocida y utilizada en EE.UU., aún no se ha establecido un procedimiento estandarizado para llevarlo a cabo.

Diversos autores como **Litman, Curphey, Schneiden, Farberow y Tabachnick** citados por **Shneidman**,¹⁰ plantean que para la realización del procedimiento de autopsia psicológica (PAP), se debe tener en cuenta varias categorías, entre las cuales menciona el estilo de vida del occiso, historia de vida, problemas económicos o sociales, relaciones interpersonales, rasgos de la personalidad, intentos anteriores de suicidio, posibles enemigos, entre otros.¹¹⁻¹⁴

Bajo este contexto, pretendemos realizar un estudio aplicando la técnica de autopsia psicológica en suicidas en la modalidad de ahorcamiento, ocurridas en la ciudad de Lima entre Enero a Diciembre del 2005.

Marco Teórico

Suicidio^{2,4}

Se define suicidio como una conducta que corresponde al acto de matarse de manera intencional e inequívoca. Esta definición implica diferenciarlo de un accidente el cual se considera un hecho inesperado, imprevisto y no intencional.

Existen aproximaciones clínicas que sugieren que el propósito de una persona que se suicida no es primariamente morir sino resolver sus problemas vitales, problemas que le causan dolor. En este sentido, hay quienes consideran el suicidio como “usar la propia muerte para resolver los problemas de la vida”. Sin embargo, la aproximación se dificulta por razones que son inherentes al mismo suicidio, es decir que no siempre se puede dilucidar la intencionalidad y en algunos casos se hace ateniéndose a indicadores externos, pues no siempre es posible establecer la intención del suicida. Ejemplo de esto son los pacientes psicóticos, en quienes es difícil valorar el grado de contacto con la realidad, o los casos en los que la muerte del suicida resulta inexplicable para familiares y allegados.

Autopsia psicológica

Este procedimiento es una herramienta útil para el peritaje psicológico, es considerado como un proceso de recolección de datos del occiso que permite reconstruir su perfil psicológico y el estado mental antes del deceso. Para el desarrollo de dicho procedimiento, es necesario el trabajo interdisciplinario de médicos, psiquiatras y psicólogos forenses.

Es la exploración retrospectiva e indirecta de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida. Se trata de hacer una evaluación después de la muerte de como era la víctima en vida. Es una reconstrucción sociopsicoatológica post mortem.

La autopsia psicológica en el derecho penal.

Lograr establecer el estado mental de la víctima de homicidio en el momento de su muerte nos coloca en posibilidad de definir si se encontraba en estado de indefensión y de resultar esto demostrado pericialmente pudiera variar la tipificación delictiva de homicidio (homicidio simple) en asesinato (homicidio calificado) puesto que el autor del hecho habría actuado contra una persona psicológica y jurídicamente indefensa.

Logra establecer el círculo de sospechosos en los homicidios de autor desconocido, al caracterizar a la víctima con sus conflictos, motivaciones y estilo de vida le estamos ofreciendo a los investigadores elementos de probabilidad en cuanto a posibles autores

La autopsia psicológica en el derecho civil

El lograr establecer el examen mental de una persona fallecida cuando tomó acciones de carácter legal tales como firma de documentos, testamento, matrimonio, etc, consumadas en circunstancias que la hacían incapaz de administrar sus bienes, regir su persona y tomar decisiones determina la anulación de las mismas.

La autopsia psicológica en la prevención.

- ✓ Reconocer las causas que determinaron esas muertes
- ✓ Definir el perfil psicológico de la víctima
- ✓ Detectar poblaciones vulnerables
- ✓ Diseñar programas preventivos

Orígenes

1960 Estados Unidos: definir etiología médico legal de muertes dudosas donde no había suficientes elementos para afirmar si se trataba de un suicidio o un accidente

Autopsia psicológica.

Pericia difícil con la que solamente cuentan algunos países desarrollados donde el estudio de las muertes equívocas exhibe un alto nivel científico.

Trabajo interdisciplinario.

- ✓ Médicos legistas.
- ✓ Patólogos forenses.
- ✓ Psiquiatras forenses.
- ✓ Psicólogos forenses.
- ✓ Investigadores.
- ✓ Criminólogos.

Modelos de Autopsia Psicológica

Suicidios:

Carlos Palacios. La Autopsia Psicológica. Casos Forenses en Medicina Legal, 1994.

Litman R. Psychological Autopsies. Journal of Forensic Sciences, 1989.

Teresita García. La Autopsia Psicológica en el suicidio. Medicina Legal de Costa Rica, 1998

Modelo De Autopsia Psicológica Integrado MAPI^{2,4}

Cómo discernir a través de la autopsia psicológica entre suicidio, homicidio y accidente en una muerte dudosa donde ni el médico legista ni el investigador policial tienen suficientes elementos para discernir?

El MAPI – Modelo de Autopsia Psicológica Integrado creado en 1990 por la psiquiatra forense Teresita García del Instituto de Medicina Legal permite realizar un diagnóstico pericial acertado tanto en víctimas de suicidio, de homicidio, así como de accidentes.

El MAPI incluye una ficha socio demográfica, examen psiquiátrico retrospectivo de la víctima, caracterización psicológica, áreas de conflicto y señales presuicidas.

Modelo estructurado y sistematizado: disminuye al mínimo el margen de sesgo: todos los exploradores tienen que realizar la exploración de la misma manera, guiándose por un instructivo con posibilidad de respuesta cerrada , precisamente para evitar la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso y además para hacerlo verificable por terceras personas

- ❖ Metodología validada científicamente a través de dos investigaciones durante el período de 1990 a 1994 en víctimas de suicidio y homicidio

- ❖ **Conclusiones:** método viable e instrumento aplicable y generalizable
- ❖ **Rigor científico:** condición de resultado principal de investigación de la vicerrectoría de investigaciones del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana tanto en la primera investigación sobre suicidio 1991 como en la segunda sobre víctimas de homicidio 1994
- ❖ **Generalización:** 1994 se emplea con éxito en la solución de casos civiles y penales por parte de la dirección de servicios periciales de la procuraduría general de justicia del estado de Querétaro en los Estados Unidos mexicanos, actualmente está validado en Chile y Honduras

Pasos del modelo de autopsia psicológica integrado MAPI

1. **Lugar del hecho:** no sólo huellas objetivables - peritos en Criminalística sino huellas psicológicas que quedan impresas en los espacios que habitó la víctima y en las personas que con ella interactuaron. El psicólogo ha de evaluar las notas, diarios, cartas, documentos, obras de arte de donde generará hipótesis frente a sus conflictos y características de personalidad
2. Se entrevistan con el instructivo MAPI al menos tres familiares, convivientes o allegados de la persona fallecida, cada entrevista se realizará en forma independiente y lo más privada posible, preferentemente en su domicilio, a solas, explicando previamente a los informantes el carácter confidencial de la investigación y

haciendo hincapié en sus objetivos puramente científicos. Si se presentan dudas o contradicciones en la información recolectada en las entrevistas utilizará tantas fuentes como estime conveniente siempre que éstas cumplan el requisito de haber conocido de forma bastante íntima al occiso que es en definitiva lo que garantiza la calidad de los datos recogidos y no simplemente el parentesco o convivencia. Es importante aclarar que la selección de las fuentes de información debe excluir a presuntos sospechosos de estar involucrados en la muerte de la víctima, pues obviamente el riesgo de sesgo es muy elevado

Objetivos del instructivo del MAPI

- ❖ Valorar los factores de riesgo suicida, de riesgo heteroagresivo o de riesgo a la accidentalidad
- ❖ Valorar el estilo de vida del occiso
- ❖ Determinar el estado mental en el momento de la muerte
- ❖ Establecer las áreas de conflicto y motivacionales
- ❖ Diseñar el perfil de personalidad del occiso
- ❖ Determinar si existían señales de aviso presuicida
- ❖ Determinar si existía un estado presuicida

Factores de riesgo suicida

- ❖ Conflictos personales y problemas vitales estresantes en los seis meses anteriores a las autolesiones. Suelen ser problemas de relación con socios, cónyuges o familiares.

Algunos presentan alteraciones del comportamiento que no llegan a representar un trastorno psiquiátrico definido.

- ❖ **Trastornos psiquiátricos:** en más del 90 % de los casos existe enfermedad psiquiátrica concomitante. Por orden de frecuencia tenemos:
- ❖ **Trastornos del estado anímico:** el riesgo de por vida es de un 15-20 %, siendo mayor en la depresión mayor y los cuadros de psicosis maniaco-depresiva (alternancia de periodos de depresión con otros de gran vitalidad, hiperactividad psíquica y motora, y ánimo exaltado). Es menos frecuente en la primera etapa de quejas afectivas.
- ❖ **Abuso de sustancias psicoactivas:** concretamente en el alcoholismo, el segundo diagnóstico psiquiátrico más frecuente, la tasa de suicidios es del 15 %. La incidencia es algo menor en otras toxicomanías (10 %), como el consumo de opiáceos y cocaína.
- ❖ **Esquizofrenia:** enfermedad mental caracterizada por una alteración profunda del pensamiento, la afectividad y una percepción desorganizada y alterada de la realidad. Existe un riesgo de un 15 %. Se asocia a la actividad alucinatoria (oyen voces que no son reales y que les impulsan al suicidio) y a la depresión se da más en jóvenes, en los primeros cuatro años de evolución de la enfermedad y asociado a las repetidas agudizaciones de la misma.

- ❖ **Trastornos de la personalidad:** como la personalidad Borderline, que se caracteriza por disminución del coeficiente intelectual, depresión y abuso de drogas o alcohol.
- ❖ **Síndromes mentales orgánicos** (10 % del número total): donde se incluyen la demencia y la enfermedad de parkinson, fundamentalmente
- ❖ **Factores genéticos:** mutación en el gen que regula el nivel de serotonina.
- ❖ **Antecedentes familiares:** suicidios familiares y actos autolesivos en la familia, historia de abuso familiar, consumo de alcohol y/o drogas en los padres y muerte temprana de éstos
- ❖ **Edad y sexo:** más frecuente entre los 20 y 30 años. Disminuye claramente en la mediana de edad.
- ❖ Son grupos de alto riesgo los adolescentes y ancianos.
- ❖ En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres.
- ❖ Afecta más a las mujeres que a los hombres intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres. En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años.
- ❖ **Historia de intentos y amenazas:**
Entre el 25 y el 50 % de los actos consumados tienen historia conocida de intentos previos.
Existe una tendencia a repetir los mismos gestos suicidas.

❖ **Factores sociales:**

Estado civil: solteros, viudos, separados y divorciados.

Soledad: vivir solo, pérdida o fracaso de una relación amorosa en el último año.

Lugar de residencia: más en el medio urbano
pérdida del rol o status social, marginalidad reciente
desempleo o trabajo no calificado, problemática social,
familiar o laboral grave ateos

❖ **Factores sanitarios:**

Aproximadamente en el 50 % de los intentos se aprecia enfermedad física, destacando el dolor crónico, las enfermedades crónicas o terminales (cáncer, sida: 4% del total), y las intervenciones quirúrgicas o diagnóstico reciente de lesiones invalidantes y deformantes

Señales de aviso presuicida

❖ Cambios en los hábitos de dormir y de comer

❖ Retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales

❖ Pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones

❖ Actuaciones violentas, (comportamiento rebelde o el escaparse de la casa en los adolescentes)

❖ Uso de drogas o de bebidas alcohólicas

❖ Abandono poco usual en su apariencia personal

❖ Cambios pronunciados en su personalidad

- ❖ Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo
- ❖ Quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional
- ❖ Poca tolerancia de los elogios
- ❖ Quejarse de ser una persona mala o de sentirse "abominable",
- ❖ Lanzar indirectas como: "no les seguiré siendo un problema", "nada me importa", "para qué molestarse" o "no te veré otra vez",
- ❖ Poner en orden sus asuntos; por ejemplo, regalar sus posesiones favoritas, limpiar su cuarto, botar papeles o cosas importantes, etc.,
- ❖ Ponerse muy contento después de un período de depresión.
- ❖ Tener síntomas de psicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).

Estado presuicida

Situación en la que una persona realiza gestos o comportamientos autoagresivos no letales.

Factores de riesgo heteroagresivo

Se conoce bien las implicaciones del alcohol etílico en fenómenos de violencia como accidentes de tránsito, homicidios, lesiones personales y violencia intrafamiliar.

Factores de riesgo a la accidentalidad

- ❖ El factor humano
- ❖ La fatiga disminuye la capacidad de percepción y de concentración con lo que el riesgo de sufrir un accidente se multiplica
- ❖ El sueño también es uno de los factores de riesgo que pueden provocar un accidente
- ❖ El estado anímico es otro de los factores que puede aumentar el riesgo a sufrir un accidente ya que éste puede provocar cambios emocionales que influyen negativamente.

Asimismo, los fármacos empleados para tratar trastornos de ansiedad, alergias, depresión o insomnio o, un simple dolor de muelas, disminuyen las facultades y pueden producir somnolencia, confusión y pérdida de las funciones psicomotoras.

- ❖ Objetos cortantes y punzantes en el hogar
- ❖ Fármacos con fácil acceso o mal identificados
- ❖ Iluminación deficiente

3. Una vez recogidos todos los elementos necesarios para conformar una caracterización del occiso se realiza una discusión colectiva en la cual participan los peritos y los investigadores policiales y se ofrece un informe pericial en términos probabilísticos pues se trata de una evaluación indirecta y de conclusiones inferenciales que

cobran valor solo al sumarse al resto de los elementos criminalísticos, psicológicos y médico legales. El intercambiar hipótesis con otros profesionales aumenta la eficacia de la técnica de autopsia psicológica al enriquecer el análisis científico de la víctima y de las circunstancias que rodearon su muerte.²⁻⁴

Objetivos del Estudio

Objetivo general

Comprobar los resultados de la autopsia psicológica aplicada en suicidas con muerte violenta por ahorcamiento para identificar el perfil psicológico y causas que propiciaron la decisión funesta del suicidio.

Objetivos específicos

- Identificar las características demográficas y sociales de los suicidas del estudio.
- Comprobar las causas o motivos que conllevaron a tomar la decisión violenta de suicidarse según la ficha psicológica.
- Aplicar la ficha de autopsia psicológica mediante entrevistas, entre familiares y relaciones sociales del suicidado, a efectos de encuestarlos e interrogarlos respecto a conocer sus características psicosociales y reconfirmar la identificación del suicidio despejando dudas respecto a los accidentes u homicidios.

III. Material y Métodos

3.1 Tipo de Estudio

Estudio cualitativo, retrospectivo, de interrogación y descriptivo, con la evaluación de las características de los casos de suicidio informados.

3.2 Materiales

3.2.1 Universo

Estuvo constituido por todos los casos de muertes violentas (suicidios, homicidios, accidentes) informados durante el año 2005.

3.2.2 Muestra de Estudio

Muerte violenta (Suicida) en la modalidad de ahorcamiento.

Estuvo integrado por todos los suicidas por ahorcamiento, durante Enero a Diciembre del 2005, informado por los archivos de la División de Exámenes Tanatológicos Forenses del Instituto de Medicina Legal.

a) Criterios de Inclusión:

- Muertes violentas (Suicidas) en la modalidad de ahorcamiento.
- Suicidas de ambos sexos y con edad mayor de 10 años.
- Con aplicación de la Autopsia Psicológica completa.
- Participación en la encuesta de sus familiares y relaciones sociales en un interrogatorio y respuestas concisas.
- Participación multidisciplinaria.

b) Criterios de exclusión:

- Muertes violentas por homicidio o accidentales.
- Encuesta a interrogatorios con resultados falseados por los familiares o relaciones sociales.
- Autopsia psicológica con información incompleta.

3.3 Variable de Estudio

Variables Independientes

- Muerte violenta Suicida por ahorcamiento.
- Autopsia psicológica.

Variables Dependientes

- Etiología o causas del suicidio médico legal.
- Perfil psicológico del suicida.

Variables Intervinientes (aplicación de la autopsia psicológica)

- Del Entrevistado:

Edad, sexo.

Parentesco.

Dirección de la vivienda.

- De la víctima:

Edad, sexo.

Fecha de fallecimiento.

Estado Civil:

Soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente.

Religión:

Católico, Evangelista, Protestante, Testigo de Jehová, otro.

Grado de Instrucción:

Lletrado, primaria (completa/incompleta); secundaria (completa/incompleta); Técnico (completa/incompleta); Superior (completa/incompleta).

Lugar de nacimiento:

Departamento, Provincia, Distrito.

Si es provinciano: Tiempo de residencia en Lima (años).

Parámetros**- Escena de la Muerte**

Lugar del hecho.

Si es en su caso:

En su dormitorio; en el baño; en el garaje; en el patio; otro.

En el trabajo; en la calle;

En la escena: carta de despido?

A quien estuvo dirigida:

Padres; Esposa(o); Novia(o), Enamorada(o).

- **De los factores:**

a) Riesgo suicida

Intentos de suicidio?

Modalidad:

Arma blanca; Arma de fuego; Ahorcamiento; ingesta de veneno; ingesta de pastillas; precipitación; otro.

b) Hospitalización por intento de suicidio.

Conversó de sus planes de suicidio?

Dijo que se iba a suicidar?

Dijo que se veía muerto?

c) Autoagresividad:

Se autolesionó?; cicatrices en sus brazos?

d) Accidentalidad:

Accidentes anteriores?; fue asaltado?

e) Estilo de Vida:

Era de su casa?; amiguero?; pocos amigos?; amigos pandilleros?

f) Vida Sexual:

Tenía enamorada? Novia; varias parejas sexuales?, promiscuo/a?

g) Deportes riesgosos

Práctica de deporte de riesgo.

Poseía arma de fuego.

h) Consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas;

Consumo de:

Bebidas alcohólicas; uso de drogas; consumo de medicinas.

- Motivaciones Estresoras o precipitantes

Duelo patológico:

Pérdida de ser querido antes del suicidio: Sí?, No? Quién?

Conflictos permanentes

- a) Problemas con la vivienda.
- b) Problemas en el trabajo.
- c) Problemas económicos.
- d) Problemas en el estudio.
- e) Problemas de seguridad personal.

- Perfil de Personalidad del fallecido:

- 1) Personalidad Paranoide:
- 2) Personalidad Histriónica (Histérica)
- 3) Personalidad Obsesiva-Compulsiva
- 4) Personalidad Pasiva-Dependiente
- 5) Personalidad Pasivo – Agresiva
- 6) Personalidad Explosiva
- 7) Personalidad Gliscoide (Eplitoide)
- 8) Personalidad Esquizoide
- 9) Personalidad Disocial (Psicópata)

3.4 Procedimiento de Estudio

- Entrevista a los familiares o relacionados al suicida en el momento en que asistieron al Instituto de Medicina Legal con motivo de diligencias judiciales o mediante citación posterior de familiares y allegados.
- El interrogatorio pretendió reconstruir una biografía del suicida con énfasis en: su personalidad, estilo de vida, dificultades adaptativas y conductuales en el último año, comunicación de ideación suicida e intentos previos de suicidio.
- Además se debió obtener información del acta de levantamiento y protocolos de necropsia.
- Se exploraron en la investigación preparativos hechos por la víctima para el momento de su muerte (frases, cartas de despedida) o precauciones para evitar ser salvado.
- Se estudiaron las posibles motivaciones: pérdidas recientes, depresión o alteración mental significativa, lo cual es sustentada con los datos obtenidos en la entrevista.
- Conocimiento por parte de la víctima de la letalidad del medio de morir e ideación suicidio previo (manifestación verbal del deseo quitarse la vida).
- Se tuvieron en cuenta como intentos previos de suicidio, aquellas actuaciones del sujeto, de las cuales el entrevistado o informante tenía certeza que inequívocamente estaban destinadas a producirle la muerte.

- Para la evaluación del estrés psicosocial se tomó en cuenta lo que al respecto establece la clasificación DSM IV en el eje IVA de la evaluación multiaxial, como problemas con el grupo primario en la educación, ocupacionales, económicos, de salud o legales.
- Esas dificultades adaptativas en las áreas social, laboral, familiar o de pareja, fueron consideradas cuando de manera inequívoca y evidente fueron observadas por allegados y familiares cercanos y que indudablemente produjeron alguna perturbación del estado psicológico del suicida.
- Se aprovechó la información para establecer características de la personalidad del suicida; para este fin se consignaron datos de historia familiar y personal, con énfasis en la adaptación en las diversas áreas de funcionamiento.
- Los antecedentes psiquiátricos de las víctimas se tuvieron en cuenta, sólo cuando existan diagnósticos clínicos y tratamientos idóneos para ellos.

3.5 Ficha de Datos

Para la recolección se diseñó como instrumento un formulario con los principales puntos interrogatorios a investigar, el cual fue llenado por el entrevistador con los datos del interrogatorio.

3.6 Digitación y Análisis estadístico

Los datos obtenidos se depositaron en un procesador sistemático, bajo el programa Word V.2000 y Excel V. 2000 para la estructuración de las tablas estadísticas.

Para el análisis de los resultados, utilizamos el sistema de porcentual simple para establecer promedios, DS y rangos. Para comprobar significancias entre las variables a emplear, utilizamos el Test de ANOVA para las variables continuas; el Chi cuadrado y Test de Fisher para las variables discretas o categóricas, con un nivel de significación ($p=0.05$); implementados en el software SPSS 10.00.

IV. Resultados

En el año 2005 se realizaron 4230 necropsias, de los cuales por suicidio correspondieron a 240 necropsias (5.65%); a su vez, de los 240 suicidios, se presentaron por ahorcamiento 123 casos (51.5%).

La muestra de estudio correspondió a 112 necropsias post criterios de inclusión y criterios de exclusión, respectivamente.

Tabla 1. Características demográficas del entrevistado

| Características | n | % | X ± ds (límites) |
|-----------------------------------|----------|----------|-------------------------|
| Edad promedio (años) | | | 43.3 ± 7.3 (18 - 62) |
| Grupo etáreo | | | |
| = < 20 | 04 | 3.55 | |
| 21 – 30 | 15 | 13.40 | |
| 31 – 40 | 34 | 30.35 | |
| 41 – 50 | 19 | 16.95 | |
| 51 – 60 | 40 | 35.75 | |
| Total | 112 | 100 | |
| Sexo: | | | |
| Masculino | 45 | 40.15 | |
| Femenino | 67 | 59.85 | |
| Parentesco con el Suicida: | | | |
| Padre | 19 | 16.95 | |
| Madre | 34 | 30.35 | |
| Hermano(a) | 52 | 46.45 | |
| Esposo(a) | 7 | 6.25 | |
| Total | 112 | 100 | |
| Vivía con el Suicida: | | | |
| Sí | 97 | 86.60 | |
| No | 15 | 13.40 | |
| Total | 112 | 100 | |

- La edad promedio del entrevistado fue de 43.3 ± 7.3 años con extremos entre 18 y 62 años; siendo el grupo más frecuente de los entrevistados entre 51 – 60 años (35.75%), no siendo este porcentaje significativo ($p > 0.05$) en relación a los otros grupos.
- El sexo predominante de los informantes fue el femenino en una relación de 1.48/1; no siendo ésta, significativa ($p > 0.05$).
- El parentesco más frecuente de los entrevistados con los ahorcados fueron los hermanos (46.45%) y la madre del necropsiado (30.35%). En menor proporción fueron el padre (16.95%) y el esposo(a) (6.25%).
- Significativamente, se notó que los entrevistados vivían con el ahorcado; es decir, en la misma casa o domicilio (86.60%).

Tabla 2. Características demográficas del suicida por ahorcamiento según información del entrevistado.

| Características | n | % | X ± ds (límites) |
|--|----------|----------|-------------------------|
| Edad promedio (años) | | | 28.45 ± 9 (13 – 67) |
| Grupo etáreo | | | |
| 11 - 20 | 41 | 36.60 | |
| 21 – 30 | 38 | 33.95 | |
| 31 – 40 | 14 | 12.50 | |
| 41 – 50 | 08 | 7.15 | |
| 51 – 60 | 11 | 9.80 | |
| Total | 112 | 100 | |
| Sexo: | | | |
| Masculino | 60 | 53.10 | |
| Femenino | 52 | 46.90 | |
| Total | 112 | 100 | |
| Condición civil: | | | |
| Soltero(a) | 56 | 50.00 | |
| Casado(a) | 22 | 19.65 | |
| Conviviente(a) | 34 | 30.35 | |
| Total | 112 | 100 | |
| Religión profesada: | | | |
| Católica | 75 | 66.95 | |
| Evangelio Cristiana | 30 | 26.80 | |
| Protestante | 7 | 6.25 | |
| Total | 112 | 100 | |
| Grado de Instrucción: | | | |
| Primaria | 0 | -- | |
| Secundaria (Compl./Incompl) | 67 | 62.00 | |
| Superior (Compl./Incompl) | 15 | 11.20 | |
| Técnica (Compl./Incompl) | 30 | 26.80 | |
| Total | 112 | 100 | |
| Estación climatológica del suicidio | | | |
| Invierno | 74 | 66.05 | |
| Verano | 26 | 23.20 | |
| Primavera | 8 | 7.15 | |
| Otoño | 4 | 3.60 | |
| Total | 112 | 100 | |

- Observamos que la edad promedio del suicida fue de 28.45 ± 9 años con extremos entre 13 y 67 años; donde el grupo etáreo más frecuente es entre 11 y 20 años (36.60%).
- La correlación etárea entre 11 hasta los 30 años fueron los necropsiados por ahorcamiento más frecuentes (69.65%).
- Predominó el sexo masculino sobre el femenino en una razón de 1.15/1, no siendo significativa esta diferencia ($p > 0.01$).
- Según la condición civil de los fallecidos el 50% de ellos se mantuvieron solteros; un 22% estuvieron casados y el 34% vivía en condición de conviviente con su pareja.
- El 62%, había cursado la secundaria completa o incompleta; el 26.80% tenía instrucción Técnica completa o incompleta y sólo el 6.25% fueron profesionales.
- En invierno fue la estación climática en que se consumaron con mayor frecuencia los suicidios (66.05%), seguida por aquellos que se suicidaron en verano (23.20%).

Tabla 3. Escena de la muerte según información del entrevistado

| Escena de la muerte | n | % |
|--------------------------------------|----------|----------|
| Lugar del ahorcamiento: | | |
| En su casa | 104 | 92.85 |
| En el trabajo | 08 | 7.15 |
| Total | 112 | 100 |
| Habitación de la casa (n=104) | | |
| Dormitorio | 51 | 49.05 |
| Baño | 23 | 22.10 |
| Patio | 22 | 21.15 |
| Garaje | 05 | 4.80 |
| Corral | 03 | 2.90 |
| Total | 104 | 100 |
| Carta dirigida | | |
| Si | 101 | 90.20 |
| No | 11 | 9.80 |
| Carta dirigida a: | | |
| Padres | 28 | 25.00 |
| Esposo(a) | 22 | 19.65 |
| Novia(o) | 18 | 16.05 |
| Conviviente | 18 | 16.05 |
| Enamorada | 15 | 13.40 |
| Hijos | 06 | 5.35 |

- El suicidio por ahorcamiento se consumo en su casa significativamente ($p=0.001$), siendo el lugar más preferido el dormitorio del fallecido (49.05%); también fueron escenarios del crimen de la muerte, el baño 22.10% y el patio de la casa (21.15%). Infrecuentemente utilizaron el Garaje (4.80%) y/o corral de la casa (2.9%).
- En un 90.20% los fallecidos dirigieron cartas de despedida; con mayor frecuencia a sus padres (25%), esposos (19.65%), novia(o)

(16.05%) y conviviente (16.05%), en 15 casos se observaron cartas dirigidas a la enamorada (13.40%), e hijos (5.35%).

Tabla 4. De los factores presentados para el suicidio por ahorcamiento según el entrevistado

| Factores | n | % |
|--|----------|----------|
| 1. Riesgo suicida: | | |
| Con intentos de suicidio | 26 | 23.20 |
| Ingesta de pastillas | (22) | (19.65) |
| Ingesta de veneno | (04) | (3.55) |
| Hospitalización por intento de suicidio | 04 | 14.95 |
| Con planes de suicidio | 60 | 53.60 |
| Como se iba a suicidar | 60 | 53.60 |
| Verse muerto. | 07 | 6.25 |
| 2. Auto agresividad: | | |
| Se autolesionó antes | 22 | 19.65 |
| Con cicatrices en brazos | 11 | 9.80 |
| 3. Accidentalidad: | | |
| Con accidentes antes | 30 | 26.80 |
| Fue asaltado antes | 22 | 19.65 |
| 4. Estilo de vida: | | |
| Pocos amigos | 60 | 53.60 |
| Amiguero | 30 | 26.80 |
| Era de su casa | 19 | 16.95 |
| Amigos pandilleros | 03 | 2.90 |
| 5. Vida Sexual / Relación sentimental | | |
| Tenía enamorada / novia | 56 | 50.00 |
| Con su conviviente / esposa | 22 | 20.55 |
| Con varias parejas sexuales | 33 | 29.45 |
| 6. Consumo de Alcohol y Sustancias Psicoactivas | | |

| | | |
|-----------|----|-------|
| Alcohol | 49 | 43.75 |
| Drogas | 11 | 9.80 |
| Medicinas | 19 | 16.95 |

- Los factores presentados para el ahorcamiento según los entrevistados de acuerdo al riesgo suicida, 26 fallecidos (23.20%) realizaron intentos de suicidio previo; donde, en 22 casos (19.65%) trato de quitarse la vida mediante insumo de pastillas y en 04 fallecidos intentó antes, envenenarse (3.55%).
- Se observó que sólo 04 fallecidos estuvo hospitalizado antes por intento de suicidio (14.95%); asimismo 60 suicidas tuvieron planes previos de autoeliminarse (53.60%); otros 10 casos indicó como se iba a suicidar y en 07 fallecidos manifestó verse muerto (6.25%).
- Según la Autoagresividad, los entrevistados manifestaron que 22 (19.65%) ahorcados intentaron con anterioridad lesionarse y en 11 de ellos tenían cicatrices en los brazos (9.8%).
- Los entrevistados indicaron que 30 suicidados (26.80%) habían sufrido accidentes previos y 22 ahorcados (19.65%) fueron asaltados antes del suicidio.
- Según el Estilo de vida de los fallecidos, un 53.60% (60 casos) eran amigueros y un 16.95% (19 fallecidos) eran de su casa; sólo un 2.90% (3 casos) tenían amistad con pandilleros.
- Según la vida sexual / relación sentimental 56 fallecidos mantenían relación con sus enamoradas y/o novias; así mismo, un 20.55% la relación era con esposa o conviviente y un 29.45% (33 casos), mantenía relación con varias parejas.

- Finalmente, un 43.75% (47 casos) consumía alcohol; un 9.8% (11 casos) consumía drogas; y un 16.95% (19 casos) se automedicaba.

Tabla 5. Motivaciones estresoras o precipitantes del suicida según el entrevistado

| Motivaciones | n | % |
|--|----------|----------|
| 1. Duelo patológico y/o pérdida de ser querido | 37 | 33.05 |
| 2. Conflictos Permanentes: | | |
| - Problema con la vivienda | 45 | 40.20 |
| - Problema en el trabajo | 49 | 43.75 |
| - Problema económico | 71 | 63.40 |
| - Problema en el estudio | 30 | 26.80 |
| - Problema de seguridad personal | 30 | 26.80 |
| - Problema con pareja conyugal | 19 | 16.95 |

- Según esta variable notamos que en 37 suicidas (33.05%) las motivaciones precipitantes más frecuentes fueron por pérdida de ser querido; ya sea por término de relaciones conyugales con su pareja (30.35%), como por viaje de ésta (2.7%).
- Notamos conflictos permanentes presentados en los suicidas; así, el 40.20% (45 casos) tenía problemas de vivienda; 49 casos (43.75%) problemas de trabajo; 71 fallecidos (63.40%), problemas económicos; 30 ahorcados tenían problemas de estudio; otros 30

con problemas de seguridad personal y 19 casos en problemas con pareja conyugal (16.95%).

Perfil Psicológico

Tabla 6. Personalidad paranoide de suicida según información del entrevistado

| Personalidad Paranoide | Si | | No | |
|---|----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| 1. Sobrevaluación patológica del Yo: | | | | |
| - Se sentía superior a los demás | 4 | 3.60 | 108 | 96.40 |
| - Era orgulloso o vanidoso | 34 | 30.35 | 78 | 69.65 |
| - Se consideraba indispensable o insustituible | 0 | -- | 112 | 100 |
| 2. Sentimientos de desconfianza: | | | | |
| - Era desconfiado y siempre estaba alerta para defenderse | 63 | 56.25 | 49 | 43.75 |
| - Atribuía a los demás la culpa de todo | 49 | 43.75 | 63 | 56.25 |
| - Decía que le tenían envidia | 30 | 26.80 | 82 | 73.20 |
| 3. Alto grado de inseguridad: | | | | |
| - Estaba inseguro, descontento o insatisfecho | 90 | 80.35 | 22 | 19.65 |
| - No estaba seguro de sí mismo | 63 | 56.25 | 49 | 43.75 |
| 4. No acepta sugerencias: | | | | |
| - Se sentía perfecto | 06 | 5.35 | 106 | 94.65 |
| - Decía que no podía equivocarse | 04 | 3.55 | 108 | 96.45 |
| - Decía que los demás nunca tenían razón | 45 | 40.20 | 67 | 59.80 |

- Respecto a la personalidad del perfil de personalidad del suicida, respecto de la sobrevaluación de éste, el 3.6% (4 casos) se sentía superior a los demás, pero el 30.35% (34 casos), se sentía orgulloso o vanidoso.
- Sobre los sentimientos de desconfianza, un 56.25% (63 casos) era desconfiado y siempre está alerta para defenderse; 49 fallecidos, atribuía a los demás la culpa de todo y 30 (26.80%) decía que le tenían envidia.
- Respecto al alto grado de Inseguridad, un 80.35% (90 casos) se sentía descontento o insatisfecho y un 56.25% (63 fallecidos), no estaba seguro de sí mismo.
- Finalmente, con relación de no aceptar sugerencias, 06 casos (5.35%) se sentía perfecto; un 3.55% (04 casos), decía que no podía equivocarse y un 40.20% (45 ahorcados) decía que los demás nunca tenía razón.

Tabla 7. Personalidad histriónica (histérica) del suicida según el entrevistado

| Personalidad Histriónica | Si | | No | |
|---|----|-------|----|-------|
| | n | % | n | % |
| Llamaba la atención o dramatizaba su vivencia | 22 | 19.65 | 90 | 80.35 |
| Quería ser el centro de atención | 22 | 19.65 | 90 | 80.35 |
| Era exagerado y supersticioso | 49 | 43.75 | 63 | 56.25 |
| Mentía casi siempre | 86 | 76.80 | 26 | 23.20 |

- Respecto a la personalidad histriónica del suicida, notamos que el sujeto mentía siempre, en 86 casos (76.80%); fueron exagerados, supersticiosos, 49 fallecidos (43.75%); querían ser centro de atención, 22 ahorcados (19.65%) y llamaban la atención o dramatizaban sus vivencias otros 22 fallecidos (19.65%).

Tabla 8. Personalidad Obsesiva – Compulsiva del suicida según el entrevistado

| Personalidad Obsesiva – Compulsiva | Si | | No | |
|--|----|-------|----|-------|
| | n | % | n | % |
| Era una persona perfeccionista | 15 | 13.40 | 97 | 86.60 |
| Era meticuloso y detallista en todos sus actos | 19 | 16.85 | 93 | 83.05 |
| Era puntual, ordenado y aseado | 26 | 23.20 | 86 | 76.80 |

- Según esta variable del perfil de personalidad del suicida, observamos que 26 casos (23.20%), eran puntuales, ordenados y aseados; 19 fallecidos (16.95%) fueron meticulosos y detallistas en todos sus actos y 15 suicidas (13.40%) eran unas personas perfeccionistas.

Tabla 9. Personalidad Pasivo – Dependiente del suicida según el entrevistado

| Personalidad Pasivo – Dependiente | Si | | No | |
|---|-----------|----------|-----------|----------|
| | n | % | n | % |
| Pedía ayuda en todos los actos de su vida | 30 | 26.80 | 82 | 73.20 |
| Exigía amor y atención de quienes lo rodeaban | 30 | 26.80 | 82 | 73.80 |
| Tenía o usaba su iniciativa | 49 | 43.75 | 63 | 56.25 |
| Madre o padre sobreprotector, poderoso y temido por el niño | 52 | 46.40 | 60 | 53.60 |

- Según la personalidad Pasivo-dependiente, observamos que 52 suicidas por ahorcamiento (46.40%) se sentía como madre o padre sobreprotector, poderoso y era temido por el niño.
- Un 43.75% (49 casos) tenía o usaba su iniciativa, 30 suicidados (26.80%), exigía amor y atención de quienes lo rodeaban; así mismo otros 30 casos (26.80%) pedían ayuda en todos los actos de su vida.

Tabla 10. Personalidad Pasivo – Agresiva del suicida según el entrevistado

| Personalidad Pasivo – Agresiva | Si | | No | |
|---|----|-------|----|-------|
| | n | % | n | % |
| Era hostil encubierto y solapado | 34 | 30.35 | 78 | 69.65 |
| Era agresivo con la finalidad de conseguir algo | 19 | 16.95 | 93 | 83.05 |
| Aceptaba las protestas sin condiciones | 60 | 53.55 | 52 | 46.45 |

- Según la personalidad Pasivo – Agresiva del suicida, eran hostiles encubiertos y solapados 34 sujetos (30.35%); eran agresivos con la finalidad de conseguir algo, el 16.95% (19 casos); pero aceptaban las protestas sin condiciones el 53.55% ahorcados.

Tabla 11. Personalidad Agresiva del suicida según el entrevistado

| Personalidad Agresiva | Si | | No | |
|--|----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Era agresivo u hostil siempre | 31 | 27.70 | 81 | 72.30 |
| Trataba de imponer su voluntad o poder | 37 | 33.05 | 75 | 66.95 |
| A veces trasgredía las normas sociales | 48 | 42.85 | 64 | 57.15 |
| Tenía arranques destructivos | 08 | 7.15 | 104 | 92.85 |

- Según este perfil de personalidad del suicida, a veces trasgredían las normas sociales 48 casos (42.85%); trataron de imponer su voluntad o poder 37 fallecidos (33.05%); eran agresivos u hostiles 31 sujetos (27.70%); y tuvieron arranques destructivos 8 suicidados (7.15%).

Tabla 12. Personalidad Explosiva del suicida según el entrevistado

| Personalidad Explosiva | Si | | No | |
|---|----|-------|----|-------|
| | n | % | n | % |
| - Tenía momentos de ira con agresividad física o verbal | 63 | 51.25 | 49 | 43.75 |
| - Sentía arrepentimiento después de cada acción de cólera | 52 | 46.45 | 60 | 53.55 |
| - Era dominante, grosero, llegando a la vulgaridad | 19 | 16.95 | 93 | 83.05 |
| - Su conducta era impulsiva, inexplicable y destructiva | 22 | 19.65 | 90 | 80.35 |

- Respecto a la personalidad explosiva del suicida, 63 de éstos (56.25%) tenía momentos de ira con agresividad; 52 casos (46.45%) referían arrepentimiento después de cada acceso de cólera manifestada; un 19.65% (22 casos), mantenían una conducta impulsiva-inexplicable y destructiva y 19 fallecidos (16.95%), eran dominantes, groseros que llegaban hasta la vulgaridad.

Tabla 13. Personalidad Gliscoide (Epilectoide) del suicida según el entrevistado

| Personalidad Gliscoide (Epilectoide) | Si | | No | |
|---|----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| Era con frecuencia agresivo | 7 | 6.25 | 105 | 93.75 |
| Se comportaba como una persona "melosa" | 0 | -- | 112 | 100 |
| Era "Terco" obstinado y rencoroso | 30 | 26.80 | 83 | 73.20 |
| Casi siempre estaba irritable | 45 | 40.20 | 67 | 59.80 |

- Según las manifestaciones de personalidad gliscoide en los suicidas sujetos de estudio, 45 casos (40.20%) casi siempre están irritables; 30 fallecidos (26.80%) eran tercos, obstinados y rencorosos; sólo 07 casos (6.25%) eran con frecuencia agresivos.

Tabla 14. Personalidad Esquizoide del suicida según el entrevistado

| Personalidad Esquizoide | Si | | No | |
|--|----|-------|----|--------|
| | n | % | n | % |
| - Evitaba las relaciones interpersonales íntimas o prolongadas | 63 | 56.25 | 49 | 463.75 |
| - Era una persona que paraba sola o aislada | 67 | 59.80 | 45 | 40.20 |
| - Tenía una actitud como observador, al margen de la situación | 67 | 59.80 | 45 | 40.20 |
| - Era una persona tímida, dócil y obediente | 30 | 26.80 | 82 | 73.20 |

- Con relación a personalidad esquizoide presentada por los suicidas por ahorcamiento, 63 de ellos (56.25%) evitaban las relaciones interpersonales íntimas o prolongadas.
- 67 casos (59.80%) eran personas que paraban aisladas o solas y otros 67 (59.80%) mantenían una actitud como observador al margen de la situación.
- El 26.80% (30 fallecidos) se mostraban como personas tímidas, dóciles y obedientes.

Tabla 15. Personalidad Disocial (Psicópata) del suicida según el entrevistado.

| Personalidad Disocial (Psicópatas) | Si | | No | |
|---|----|-------|-----|-------|
| | n | % | n | % |
| - Alguna vez robó, estafó, se fugó, estuvo en peleas o embriaguez constante. | 82 | 73.20 | 30 | 26.80 |
| - Desde chico tuvo experiencias repetidas sin aprender de castigos recibidos | 64 | 57.15 | 48 | 42.85 |
| - Tenía lesiones autoinflingidas o tatuajes en su cuerpo. | 19 | 16.95 | 93 | 83.05 |
| - Ausencia de sentimiento de culpa por sus conductas, falta de autocrítica. | 07 | 6.25 | 105 | 93.75 |
| - Dificultad de inserción social, familiar o laboral; no duraba en los empleos. | 82 | 73.20 | 30 | 26.80 |
| - Se sentía mal ante la frustración; se sentían mal en el grupo. | 48 | 42.85 | 64 | 57.15 |

- Respecto a la personalidad disocial (psicópata) del suicida por ahorcamiento, comprobamos que 82 de ellos, (73.20%) alguna vez robaron, estafaron, se fugaron, estuvieron en peleas o se embriagaban constantemente.
- 64 casos (57.15%) desde chicos tuvieron experiencias repetidas sin aprender de castigos recibidos.
- 82 suicidados (73.20%) tuvieron dificultad de inserción social, familiar o laboral (no duraban en los empleos).
- 48 ahorcados (42.85%), se sentían mal ante la frustración; se sentían mal en el grupo.
- Sólo 07 casos (6.25%), no tenían sentimiento de culpa por sus conductas (falta de autocrítica).

Tabla 16. Factores de riesgo propiciantes del suicidio y Perfil Psicológico significativo identificado según la Autopsia Psicológica por los entrevistados

| Factores de Riesgo | Si | | No | | IC 95% (LI; LS) | p |
|---|----|-------|----|-------|-----------------|-------|
| | n | % | n | % | | |
| - Edad entre 11 – 30 años | 79 | 70.55 | 33 | 29.45 | (62 ; 79) | 0.000 |
| - Solteros y/o conviviente (no casados) | 90 | 80.35 | 22 | 19.65 | (73 ; 88) | 0.000 |
| - Consumo de alcohol, droga y psicofármacos legales | 79 | 70.55 | 33 | 29.45 | (62 ; 79) | 0.000 |
| - Problemas de vivienda y trabajo | 95 | 84.80 | 17 | 15.20 | (78 ; 92) | 0.000 |
| - Problemas económicos | 71 | 63.40 | 41 | 36.60 | (54 ; 72) | 0.004 |
| Perfil psicológico significativo | | | | | | |
| - Se sentía descontento e insatisfecho | 90 | 80.35 | 22 | 19.65 | (73 ; 88) | 0.000 |
| - Mentía siempre | 86 | 76.80 | 26 | 23.20 | (69 ; 85) | 0.000 |
| - Gustaba estar solo o aislado | 67 | 59.80 | 45 | 40.20 | (51 ; 69) | 0.037 |
| - Robó, fugó, estuvo en peleas o embriaguez constante | 82 | 73.20 | 30 | 26.80 | (65 ; 81) | 0.000 |

- En esta tabla presentamos las características demográficas, factores y perfil psicológico, precipitantes o estresoras para suicidio por ahorcamiento según la Autopsia Psicológica realizada por los entrevistados.

- El intervalo de confianza (IC 95% (LI ; LS) para las respuestas positivas (SI) nos brindaron una $p < 0.05$ según el Chi cuadrado (χ^2) aplicado.

- Debemos añadir que hubieron otros factores propiciantes que aunque no alcanzaron el margen significativo estadísticamente, también lo consideramos de importancia mencionarlos, estos fueron:

Factores:

- Sexo masculino con 60 casos (44 ; 63) $p = 0.4503$
- Grado de instrucción secundaria no completa (50 ; 68) $p = 0.4896$
- Estaba inseguro de sí mismo (47 ; 65) $p = 0.186$
- Tenía momentos de ira, agresividad física
o verbal (47 ; 65) $p = 0.186$
- Evitaba con relaciones interpersonales (44 ; 65) $p = 0.186$
- Desde pequeño tuvo experiencias repetidas
sin aprender de castigos recibidos (48 ; 66) $p = 0.130$

V. Discusión

Este estudio nos permitió realizar una aproximación a las características psicopatológicas y psicosociales de las personas que consumaron suicidio por ahorcamiento, demostrando que en el año 2005 se produjeron 238 suicidios de diferente modalidad (5.63%), de las cuales, 123 correspondieron a suicidios por ahorcamiento (2.9%), de un total de 4,230 necropsiados en la Morgue Central de Lima. Parecidos porcentajes de suicidios también son reportadas en el exterior,^{15,16} aunque nuestra frecuencia fue en aumento en relación a esos reportes.

Las personas que consuman el suicidio en nuestro medio, como en el resto del mundo, son en su mayoría menores de 35 años, sin importar el sexo¹⁷⁻¹⁹ en menores de edad, a diferencia del resto de los suicidas donde prevalecen los de sexo masculino, correspondiendo a etapas de la vida de mayor productividad académica y económica.²⁰⁻²²

En este trabajo observamos que la relación hombre/mujer fue de 1.15/1 entre los suicidados. **Peñate**²⁴ informó una relación del sexo masculino/femenino de 3/1.

Los solteros o convivientes presentaron un mayor índice de suicidio que los casados, al igual que los desempleados o con empleo informal y de bajo estrato económico y educativo,^{17,23} lo cual está indicando que el estar casado, con trabajo estable, nivel educativo, superior que permita

un mayor nivel económico, parece ser factores “**protectores**” contra el suicidio.

Por otro lado, observamos que la mayor proporción de suicidados, lo realizaron en el invierno (66.05%) y verano (23.2%). **Rodríguez y Colab**⁸, informaron mayores suicidios en los meses de primavera e invierno. **Ceballos**,¹⁶ contrariamente informó ningún suicidio en diciembre que comprendía a la primavera e inicios del verano.

De acuerdo a la escena, la literatura de Medicina Legal, reporta gran incidencia de suicidios perpetrados en sus domicilios y específicamente en sus dormitorios o baños.^{1,4,8,15} Nosotros identificamos que el 92.85% consumaron el suicidio por ahorcamiento en su domicilio, utilizando como escenario principal su dormitorio (49.05%); dejando éstos, carta dirigida a sus padres, esposo(a), novio(a) u otras relaciones de convivencia. Esta frecuencia de dirigir notas resultó más alta que lo informado por la literatura.^{30,31}

El suicidio es un problema grave de salud pública que requiere de toda nuestra atención⁴ y es importante destacar que el suicidio en cualquiera de sus formas es considerado como un aviso de la deficiente calidad de salud mental de estas personas y por ende en nuestros centros asistenciales especializados en este rubro.

La práctica clínica y la investigación forense del suicidio, conducen a pensar que constituye éste, un fenómeno multidimensional donde coexisten aspectos sanos y patológicos del funcionamiento de la personalidad y que hablan a favor de que se está en un proceso por etapas complejo y multicausal.^{4,9,22} Así, se reporta que las personas con trastornos mentales corren en general mayor riesgo de suicidio.^{19,22,23,25-28} Aumentan el riesgo de suicidio el consumo de alcohol, droga y variedad de psicofármacos legales.^{24,29}

Conforme referimos anteriormente, las motivaciones estresoras o precipitantes del suicidio lo constituyen una pérdida de ser querido, problemas de vivienda, trabajo, estudios, seguridad personal o conflictos conyugales; pero, es más propiciante el problema económico que aflige y apura a estas personas al suicidio.^{4,8} Nuestros entrevistados informaron que las motivaciones más frecuentes del suicidio fueron por problemas económicos (63.40%), y problemas de trabajo (40.20%) y vivienda (43.75%), los cuales son considerados para estas personas como conflictos permanentes y precipitantes.

La autopsia psicológica que es la caracterización retrospectiva de la personalidad y la vida de una persona ya fallecida, utiliza un método indirecto e inferencial. Se trata de obtener información del acceso a través de terceras personas íntimas como son, sus familiares, convivientes, amigos, vecinos o compañeros de trabajo, constituyendo parte de este método la revisión de documentos personales (cartas,

diarios y otros) así como documentos oficiales (historias clínicas, expediente escolar, laboral o policial) del suicidado.^{4,8,16}

Este protocolo (autopsia psicológica) como técnica pericial, se constituye como una necesidad administrativa de definir la etiología medicolegal, de muertes dudosas. Bajo este contexto **García**^{4,8} creó el modelo MAP-1 (modelo de autopsia psicológica para suicidas) como un instrumento estructurado y sistematizado que disminuye al mínimo el margen de sesgo, evita la inclusión de elementos subjetivos en la valoración de cada caso y además puede ser verificable por terceras personas, garantizando su valor como prueba pericial.^{2,4,8}

Por eso, la autopsia psicológica se constituye en una reconstrucción bibliográfica del fallecido que enfatiza en aspectos como la caracterización sociodemográfica y caracterológica, stress recientes, enfermedad mental, señales de aviso presuicida, con especial focalización en los últimos días y horas, que no son tomados en cuenta por el peritaje policial.

Con relación al aviso de suicidio, comprobamos que el 53.60% de los casos tenían planes de suicidio, y como lo iban a realizar a sí mismo un 23.20% habían realizado intentos de suicidio con ingesta de pastillas (19.65%) o ingesta de veneno (3.55%); incluso, un 14.95% habían sido hospitalizados por intento de suicidio, o habían sufrido accidentes (26.8%). **Rodríguez**⁸ y **Marttunen**,³² también hacen hincapié sobre los

rasgos de una personalidad paranoide de los suicidas relacionadas con el intento de suicidio de estos occisos.

La gran mayoría de nuestra población, presentó patología psiquiátrica preexistente en los ejes I ó II o ambas del DSM-IV. Esto, coincide con estudios europeos y norteamericanos,^{33,34} donde las enfermedades más frecuentes fueron, trastornos del humor y personalidad histriónica, consumo de alcohol y drogas psicoactivas, así como trastornos por ansiedad y personalidad agresiva y esquizoide. Estas manifestaciones, son las mismas que reporta la literatura de suicidas.³³⁻³⁶ Los altos valores encontrados son más significativos aún, si se toma en cuenta lo señalado en la bibliografía en cuanto a la validez de la autopsia psicológica para los diagnósticos psiquiátricos forenses, donde la información aportada por los allegados o familiares tiende a menospreciar la existencia de patología psiquiátrica, especialmente la depresión y el abuso de sustancias.^{35,36} Algunos autores, sostienen que estos eventos vitales estresantes, son raramente causa para el suicidio, pero que actúan como precipitantes para jóvenes susceptibles.^{33,37}

VI. Conclusiones

- Los menores de 30 años constituyen la población de mayor riesgo suicida.
- Los solteros constituyen una población de riesgo suicida.
- La ausencia de vínculo laboral y problema de vivienda se encuentran asociados a suicidio.
- El consumo de alcohol, drogas y medicamentos legales (psicofármacos), fueron factores asociados al suicidio.
- Los alcohólicos-problema tuvieron mayor riesgo suicida.
- La precaria situación económica en los suicidas fue factor determinante.
- El perfil psicológico del suicida estuvo determinado por rasgos de personalidad donde se sentían descontentos e insatisfechos; mentían siempre; gustaba de estar solo o aislado; roba, fugó, estuvo en peleas o embriaguez constante.
- Casi todos los suicidas emitieron señales de avisos acerca de su decisión de auto eliminarse.
- El aporte científico mas importante en este estudio es: que la autopsia psicológica se mostró como una herramienta útil y eficaz para este estudio sobre suicidas por ahorcamiento en Lima y el conocer que ciertos rasgos de personalidad psicopáticos deben ser detectados tempranamente y referidos a una entidad de salud mental para evitar cifras mayores de muertes violentas por ahorcamiento.

Recomendaciones

La frecuencia de suicidios consumados en la ciudad de Lima está dentro del rango peruano, pero mantiene una tendencia a aumentar, la cual lleva a plantearse la necesidad de iniciar para nuestra población en riesgo, actividades de prevención, entre los cuales podríamos citar:

- Capacitación a los educadores, a los padres de familia, las agrupaciones religiosas, el sector privado y público, estableciéndose una política gubernamental de prevención del suicidio.
- Los servicios de salud tanto del MINSA, EsSalud, FFPP, y privados deben brindar atención integral a sus pacientes, dentro de la cual esta la salud mental, debe propiciarse los Test de personalidad a los jóvenes con ciertos rasgos de personalidad que pudieran tomar riesgosas decisiones de auto eliminarse. No podemos permitir que una sociedad moderna pierda a sus ciudadanos jóvenes, en edad productiva por no saber identificar a tiempo problemas básicos prevenibles de salud mental, la indiferencia del sector salud aun no comprende que las muertes violentas de tipo suicida es un problema de salud publica prioritario.
- Estimular estilos de vida saludables en la población y talleres a grupos poblacionales en riesgo.

Referencias Bibliográficas

1. **Hurtado C.** Características de las personas que consumaron suicidios en la ciudad de Santa Marta (Colombia en el 2002: un informe de casos; Boletín informativo Electr. Psicolog. Clin y de la Salud, Abril 2004.
2. **García P, Teresita.** Estudio del suicidio en la ciudad de La Habana a través de la Autopsia Psicológica. Medicina Legal de Costa Rica. Med. Leg. Costa Rica; 15(1-2) 1-6, 1998.
3. **Abrahansen D.** La mente asesina. Edit. Fondo de Cultura Económica México. 1976.
4. **García P, Teresita.** La Autopsia Psicológica como método de estudio del suicida. Congreso internacional de Ciencias Forenses. La Habana 1993.
5. **Ponce Malaver Moisés.** Simulación y Psiquiatría. UPSMP - Perú Escuela de Post Grado Maestría en Derecho Penal 1999.
6. **Ponce Malaver Moisés.** Rol de la Víctima en la comisión del delito. UNMSM - Perú Escuela de Post Grado Psiquiatría Forenses 1998.
7. **Weisman. A.D.** The Psychological Autopsy; A study of the terminal phase of the life. Canon Ment Health. 1998.

8. **Rodríguez H, García I, Ciriaco C.** Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay. Rev. Med Uruguay; 21:141-150, 2005.
9. **Plasencia, T.I.** Notas relativas al suicidio en la circunscripción de La Habana. Anales de la Real Acad. de C. Méd. Fis. y Nat. de La Habana. t 22:409-29, 1985.
10. **Diektra, RFW; Karkof, A.** Attitudes towards suicide in the general population. Leiden. Department of Clinical Psychology Internal report. 1982.
11. **Sainsbury, P.** Depression, suicide and suicide prevention. Roy A. Ed. Suicide. Baltimore. William & Wilkins 1986: 73-88.
12. **Annon, J.** The Psychological Autopsy. American Journal of Forensic Psychology, 13, 39-48. 1995.
13. **Acevedo, Núñez, I. y Pinzón, C.** Propuesta para el Dictamen Forense en Casos de Muertes Dudosas utilizando el procedimiento denominado Autopsia Psicológica. Tesis de grado profesional no publicada. Pontificia Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá.
14. **Shneidman, E.S. (1994)** The Psychological Autopsy. American Psychologist, 49. 74-76.
15. **MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES.** Estadísticas Suicidio en Colombia 2002. En página webb: www.medicinalegal.gob.com (agosto 1 de 2003).

16. **Ceballos GA, Arroyan J, Diaz S et al.** Características Psicosociales del suicidio en la ciudad de Santa Marta Colombia (2002-2003). Boletín Electrónico Psicología Clínica. ABA Colombia, 2005.
17. **González, J.** Epidemiología del Suicidio en Colombia 2003. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia-CRNV.
18. **Benson L.** Adolescents suicide. Med Clin North Am 1990; 74(5): 1251-64.
19. **Levi F. La Vecchia C. y Saraceno B.** Global suicide rates. Eur J Public Health. 2003; 13: 97-98.
20. **Desjarlais R, Eisenber L, Good B, Kleinman A.** Suicidio. En: Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OPS/OMS. 1997: 95.
21. **Jiménez I, Morales M, Gelves C et al.** Análisis del suicidio a través de la autopsia psicológica. Rev Col Psiquiatría 1998; XXVII: 197-204.
22. **Roy A.** Suicide, In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry. 7ed. Lippincot, Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000: 2031-40.
23. **Montoya B, Vieco G.** Caracterización del suicidio en Medellín. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Medellín. 1999: 4-113.

24. **Peñate M.** Aproximación a Factores Asociados en muertes por Proyectoil de Arma de Fuego en la ciudad de Santafé de Bogotá D.C. Protocolo de Trabajo. Presidencia de la República. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Abril 6 de 1992.
25. **Shaffer D, Pfeffer C, Bernet W et al.** Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamientos suicida. Rev Psiquiatría Uruguay 2001; 65: 146-88.
26. **Shaffer D, Gould M, Fisher P et al.** Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 339-48.
27. **Gould MS, Shalfer D, Fischer P et al.** Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 155-62.
28. **Lester D, Yang B.** The relationship between divorce, preemployment and female participation in the labour force and suicide rates in Australia and América. Aust N Z J Psychiatry 1991; 25: 519-23.
29. **Platt S.** Parasuicide and unemployment. Br J Psychiatry 1986; 149: 401-5.
30. **Puppo Touriz H, Berro G, Soiza A, Pupp D.** Diagnóstico medicolegal del suicidio. Empleo de una metodología confiable. Rev Psiquiatr Urug 1982; 47: 194-202.

31. **O'Donell I, Farmer R, Catalan J.** Suicide notes. *Br J Psychiatry* 1993; 63: 45-8.
32. **Marttunen M, Hillevi A, Markus H, Jouko L.** Le suicide des adolescents en Finlande. In: Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide*. Paris: Masson, 1995: 39-46.
33. **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.** Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(7 Suppl): 24S-51S.
34. **Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lonnqvist JK.** Mental disorders in adolescent suicide: DSM III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13 –to 19- years-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(9): 834-9.
35. **Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen t, Chiapetta L.** Age –and sex- related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(12): 1497-505.
36. **Kelly TM, Mann JJ.** Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician antemortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94(5): 337-47.
37. **Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D.** Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(12): 1155-62.

“Autopsia Psicológica en suicidas por la modalidad de ahorcamiento en la Morgue Central de Lima”

Anexo 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:2006

DEL ENTREVISTADO

Apellidos _____

Nombres _____

Edad: ____ años Sexo: _____ Parentesco _____

Dirección: _____

Vive en la dirección de la víctima SI () NO ()

Que tiempo conocía a la víctima: _____

DE LA VICTIMA (del suicida)

Apellidos _____

Nombres _____

Edad: ____ años Sexo: M () F ()

Fecha de fallecimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora ____

Dirección: _____

Estado civil:

Soltero (), Casado (), Viudo (), Divorciado (), Conviviente ().

Religión:

Católico () Evangelista () Protestante () Testigo de Jehová () Otro ()

Grado de instrucción:

Superior () Superior incompleta () Técnico () Técnico incompleta () Secundaria () Secundaria incompleta () Primaria () Primaria incompleta () iletrado ()

Lugar de nacimiento: Departamento _____ Distrito _____

De no ser de Lima cuanto tiempo en la capital: _____

DE LA ESCENA DE LA MUERTE:

Lugar del hecho:

En su casa: SI () NO ()

En su dormitorio () En el baño () En el garaje () Patio () Otro especifique _____

En su trabajo: SI () NO () En la calle: SI () NO ()

En la escena hubo carta o nota de despido: SI () NO ()

A quien estuvo dirigido: A padres () A esposa/o () Novia/o () Enamorada /o ()

DE LOS FACTORES:

Riesgo suicida

Tuvo antes intentos de suicidios: SI () NO ()

Que modalidad empleo:

Arma blanca () Arma de fuego () Ahorcamiento () Ingesta de veneno () Ingesta de Pastillas ()

Precipitación () Otro ()

Alguna vez estuvo hospitalizado por intentos de suicidio SI () NO ()

En donde _____

Alguna vez hablo de sus planes suicidas: SI () NO ()

Alguna vez dijo como se iba a matar: SI () NO ()

Alguna vez dijo que se veía muerto SI () NO ()

Auto agresividad

Se autolesiono alguna vez: SI () NO ()

Tenia cicatrices en sus brazos

Accidentalidad

Tuvo antes accidentes: SI () NO ()

Fue asaltado antes: SI () NO ()

Estilo de vida

Era de su casa () amigero () pocos amigos () amigos pandilleros ()

Vida sexual

Tenia enamorado/a () Novia () Varias Parejas sexuales () Promiscuo/a ()

Deportes riesgosos

Que deporte practicaba, alguno de riesgo _____

Poseía arma de fuego _____

Consumos de alcohol y sustancias psicoactivas.

Tomaba bebidas alcohólicas () Usaba drogas () Tomaba medicinas ()

Cual especifique _____

MOTIVACIONES: ESTRESORAS O PRECIPITANTES.

Duelo patológico

Perdida de ser querido antes del suicidio SI () NO () quien _____

Conflictos permanentes

Problemas con la vivienda SI () NO ()

Problemas en el trabajo SI () NO ()

Problemas económicos, SI () NO ()

Problemas en el estudio SI () NO ()

Problemas de seguridad personal. SI () NO ()

Perfil de la Personalidad:

Ver anexo 2.

Responsable de la Entrevista
Nombres y Apellidos
DNI

“Autopsia Psicológica en suicidas por la modalidad de ahorcamiento en la Morgue Central de Lima”

Anexo 2

PERFIL DE PERSONALIDAD

PERSONALIDAD PARANOIDE:

✓ **Sobrevaloración patológica del yo**

- 1.- Se sentía superior a los demás. SI () NO ()
2.- Era orgulloso o vanidoso SI () NO ()
3.- Se considera indispensable e insustituible. SI () NO ()

✓ **Sentimiento de Desconfianza,**

- 1.- Era desconfiado y siempre estaba alerta para defenderse. SI () NO ()
2.- Atribuye a los demás la culpa de todo. SI () NO ()
3.- Decía que le tenían envidia. SI () NO ()

✓ **Alto grado de inseguridad**

- 1.- Se sentía descontento o insatisfecho de todo. SI () NO ()
2.- No estaba seguro de si mismo. SI () NO ()

✓ **No acepta sugerencias.**

- 1.- Se sentía “perfecto”. SI () NO ()
2.- Decía que no podía equivocarse. SI () NO ()
3.- Decía que los demás nunca tenían razón. SI () NO ()

PERSONALIDAD HISTRIÓNICA (HISTÉRICA)

- 1.- Llamaba la atención o dramatizaba sus vivencias. SI () NO ()
2.- Era vanidoso, egocéntrico. SI () NO ()
3.- Quería ser el centro de atención. SI () NO ()
4.- Era exagerado y supersticioso. SI () NO ()
5.- Mentía casi siempre. SI () NO ()

PERSONALIDAD OBSESIVA – COMPULSIVA

- 1.- Era una persona perfeccionista. SI () NO ()
2.- Era meticulosos y detallistas en todos sus actos. SI () NO ()
3.- Era puntual, ordenado y asea. SI () NO ()

PERSONALIDAD PASIVA- DEPENDIENTE

- 1.- Pedía ayuda en todos los actos de su vida. SI () NO ()
2.- Exigía amor y atención de quienes los rodeaban. SI () NO ()
3.- Tenía o usaba su iniciativa. SI () NO ()
4.- Madre o padre sobreprotector, poderoso o temido por el niño. SI () NO ()

 **PERSONALIDAD PASIVO AGRESIVA:**

- 1.- Era hostil encubierto o solapado. SI () NO ()
- 2.- Era agresivo con la finalidad de conseguir algo. SI () NO ()
- 3.- Aceptaba las protestas sin condiciones. SI () NO ()

 **PERSONALIDAD AGRESIVA:**

- 1.- Era agresivo u hostil siempre. SI () NO ()
- 2.- Trataba de imponer su voluntad o poder. SI () NO ()
- 3.- A veces trasgredía las leyes sociales. SI () NO ()
- 4.- Tenía arranques destructivos. SI () NO ()

 **PERSONALIDAD EXPLOSIVA**

- 1.- Tenía momentos de ira, con agresividad física o verbal. SI () NO ()
- 2.- Sentía arrepentimiento después de cada acceso de cólera. SI () NO ()
- 3.- Era dominante, grosero, llegando a la vulgaridad. SI () NO ()
- 4.- Su conducta era impulsiva, inexplicable y destructiva. SI () NO ()

 **PERSONALIDAD GLISCOIDE (EPILETOIDE)**

- 1.- Era con frecuencia agresivo. SI () NO ()
- 2.- Se comportaba como una persona “espesa”. SI () NO ()
- 3.- Era “terco”, obstinado y rencoroso. SI () NO ()
- 4.- Casi siempre estaba irritable. SI () NO ()

 **PERSONALIDAD ESQUIZOIDE:**

- 1.- Evitaba las relaciones interpersonales íntimas o prolongadas. SI () NO ()
- 2.- Era una persona que paraba aislada o sola. SI () NO ()
- 3.- Tenía una actitud como “observador” al margen de la situación. SI () NO ()
- 4.- Era una persona tímida, dócil y obediente. SI () NO ()

 **PERSONALIDAD DISOCIAL (PSICOPÁTICA):**

- 1.- Alguna vez robo, estafo, se fugo, estuvo en pelias o embriaguez constante. SI () NO ()
- 2.- Desde chico experiencias repetidas, sin aprender de castigos recibidos. SI () NO ()
- 3.- Tenía lesiones autoinfringidas o tatuajes en su cuerpo. SI () NO ()
- 4.- Ausencia de sentimiento de culpa por sus conductas, falta de autocrítica. SI () NO ()
- 5.- Dificultad de inserción social, familiar o laboral; no duraba en los empleos. SI () NO ()
- 6.- Se sentía mal ante la frustración, se sienten mal en grupo. SI () NO ()

Responsable de la Entrevista
Nombres y Apellidos
DNI