



## Rasgos de personalidad en suicidas Autopsias Psicológicas 1997

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

*Mary Luz Morales Patóloga Forense y Psicoanalista; Iván Alberto Jiménez Rojas, Psiquiatra Forense y Psicoanalista; Iván Perea Fernández, Dennis Amanda Villamil Gómez, Cecilia Amparo Gelves Sánchez, Trabajadoras Sociales; Jair Pedreros, Psiquiatras Forenses; Dina Alejandra Jiménez Mora, Odontóloga Forense; Miguel Cárdenas, Leonardo Aja Eslava, Psicólogo. Los autores hacen parte del Grupo Interdisciplinario de Estudio Sobre Suicidios, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.*

### ABSTRACT

The results of an investigation carried out in Bogotá, Colombia, during 1997, about personality traits in people who committed suicide, are presented. 180 completed suicidal cases were analyzed with the psychological autopsy method, achieving a diagnosis in 138 of them. The results show a greatest rate of suicidal persons with Narcissistic personality traits, followed by those with Borderline type traits. The ratio of suicides men-women was 2.7 to 1. The finding of a higher proportion of individuals with a couple relationship at the time of the death, among the suicidal persons with Narcissistic, Borderline or Dependent personality traits, calls for attention.

**Key Words:** *completed suicide, retrospective analysis, psychological autopsies, personality traits.*

### RESUMEN

Se presenta el resultado de una investigación sobre rasgos de personalidad en suicidas, realizada en la ciudad de Bogotá durante el año 1997. Se estudiaron 180 casos mediante la técnica de autopsia psicológica, logrando un diagnóstico de rasgos de personalidad en 138 de ellos. Los resultados muestran una proporción mayor de suicidas con rasgos de personalidad Narcisista, seguidos por personas que tenían rasgos de tipo Limítrofe (*Bordeline*). La relación de suicidios hombre-mujer fue de 2,7:1. Llama la atención que entre los suicidas con rasgos de personalidad Narcisista, Limítrofe y Dependiente, se encontró una mayor proporción de individuos con relación de pareja al momento de la muerte.

**Palabras clave:** *suicidio consumado, análisis retrospectivo, autopsias psicológicas, rasgos de personalidad*

### Antecedentes

En el año de 1992, algunos profesionales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF),

interesados en el fenómeno del suicidio, organizaron un Grupo de Estudio sobre el tema. El grupo, conformado por peritos forenses (psiquiatras, psicólogos, odontólogos, antropólogos, trabajadores sociales y patólogos, entre otros), es ocasionalmente apoyado por estudiantes de postgrado de diversas especializaciones, que rotan en los servicios del Instituto.

Inicialmente el Grupo se centró en revisar y estudiar la literatura disponible sobre el tema y, posteriormente, en realizar un análisis crítico, desde las diversas disciplinas, de los casos que se iban presentando en la institución, tomando para ello los protocolos de autopsia cuyo diagnóstico sobre probable manera de muerte, era suicidio. Se podría decir que en sus comienzos fue un estudio informal de observación de casos mediante la metodología de autopsia psicológica, en donde el evento suicida se constituyó en el objeto central de análisis. Al principio se hizo bajo la mirada de una simple curiosidad, motivada por el interés de observar una conducta del ser humano que muchas veces parece contradictoria e inexplicable.

### La definición de suicidio y la metodología y uso de la Autopsia Psicológica

#### *Conceptos básicos*

El grupo de estudio del INML y CF parte de las definiciones de suicidio que enmarcan la práctica forense, la propuesta por Schneidman para la psiquiatría: "El suicidio es una conducta que corresponde al acto de matarse de manera intencional e inequívoca" (1), definición que implica diferenciarlo de un accidente, el cual se considera un hecho inesperado, imprevisto y no intencional; y la epidemiológica: "muerte autoinfligida con conocimiento de la letalidad del método utilizado para causarla" (2), definición que descarta el homicidio.

Debido al uso popular de la palabra autopsia, asimilada a la necropsia (examen del cadáver con fines científicos), suele resultar desconcertante la expresión *autopsia psicológica*. Sin embargo, a partir de la definición etimológica, el término *autopsia* proviene de las raíces griegas **auto**, "propio de sí mismo" y **ópsis** que corresponde a "vista". En su acepción más reconocida se refiere a "inspección por sí mismo, visión intuitiva"; los paganos le dieron tanto valor que era considerada "el estado en que el alma tenía íntima relación con la divinidad" (3). Por otro lado, el término *psicológica* es un adjetivo que define lo referente a la psiquis.

En realidad, la expresión *autopsia psicológica* se origina a finales de los años cincuenta, cuando en California se comenzaron a estudiar las muertes atendidas en el Centro de Investigación de Suicidios, en las cuales existía alguna duda respecto a la manera de la muerte; si podría tratarse más bien de un homicidio o un accidente, que de un suicidio que cumpliera los criterios para ser clasificado como tal.

En este contexto, Robert Littman estableció los elementos esenciales para la investigación y denominó el procedimiento metodológico como "*autopsia psicológica*", que su creador define como "el método de investigar retrospectivamente sobre las características de la personalidad y las condiciones que en vida tuvo un individuo, teniendo como objetivo acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte" (4).

En esencia, la autopsia psicológica es la reconstrucción de los rasgos más sobresalientes de la vida de un individuo con el fin de tener una comprensión psicológica de quién era, el por qué de algunas situaciones que se presentaron en su vida y, en general, qué papel jugaron sus rasgos de personalidad en las circunstancias de su muerte. Esta amplia definición de autopsia psicológica, implica que, además de servir como instrumento para conocer las circunstancias mentales que rodean el momento de la muerte de un individuo, puede también aplicarse al análisis de muchos eventos ocurridos en la vida de una persona. Por ejemplo, las biografías de grandes personajes muchas veces contienen datos que analizados psicológicamente, podrían explicar conductas o acciones significativas de su vida (5).

Desde el inicio de las investigaciones en California, se han elaborado diferentes protocolos de investigación, con diversos instrumentos dirigidos a registrar, de manera homogénea y sistemática, datos que arrojen luz sobre lo que se quiere investigar. La mayoría de estos protocolos han estado orientados hacia el estudio de los suicidios (6); también existen protocolos para su aplicación en ho-

micidios (7). Algunas investigaciones realizadas con el método de Autopsia Psicológica utilizan instrumentos tales como encuestas, que contienen preguntas diseñadas para el tipo de estudio que se pretende llevar a cabo y que pueden ser aplicadas por personas no expertas (8). Otros estudios utilizan entrevistas semiestructuradas, en las cuales el examinador tiene claros los puntos principales a investigar con el informante, siendo la estructura de la entrevista similar a la de una entrevista psiquiátrica (9-10), realizada por un experto y dirigida a evaluar puntos específicos, teniendo en cuenta que el informante es una tercera persona. Igualmente, en algunos trabajos se reporta la utilización de la entrevista telefónica como medio para obtener la información (11).

El interés de nuestro Grupo se ha centrado en que muy pocos estudios se aproximan a las categorías psiquiátricas de personalidad, señalándolas como factores de riesgo para el suicidio. Esto se debe, entre otras cosas, a las dificultades metodológicas, ya que las poblaciones de quienes intentan suicidarse y quienes realmente lo logran, son en muchos casos diferentes en sus características, y en el grupo de los suicidios consumados la obtención de información resulta compleja, generalmente reducida a la observación indirecta a posteriori.

En algunos de los estudios conocidos, los Trastornos Límite (*Borderline*) (12-14) y Antisocial de la Personalidad (15), se han encontrado asociados más claramente con el suicidio, tanto en los intentos de suicidio, como en los suicidios consumados. Para el presente trabajo resultan de mayor interés los Rasgos de Personalidad de los suicidas (16), ya que los resultados alcanzados pueden orientar futuras campañas de prevención. Algunos estudios señalan como rasgos de personalidad predominantes en los suicidas: agresividad; irritabilidad; baja tolerancia a la frustración; aislamiento social; desesperanza e impotencia; pobre concepto de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas; resentimiento y necesidad de control externo (17).

Además de la información recolectada mediante la aplicación de un cuestionario o entrevista a los familiares y allegados de la víctima, el método de la autopsia psicológica debe contar con información adicional, como la suministrada por historias clínicas previas del fallecido (18), el proceso judicial, si lo hubiere, y las evidencias que este contenga. Igualmente, si es factible, se pueden utilizar grabaciones, materiales escritos como notas suicidas o cartas de la víctima, correspondientes a los meses anteriores al evento que se investiga. Si la investigación del hecho no revela plenamente que se trata de un suicidio y descarta las posibilidades de accidente u homicidio, el análisis de la autopsia psicológica partirá de

una base errónea que puede llevar a conclusiones tergiversadas.

### **Experiencia previa del Grupo en el uso de la Autopsia Psicológica**

Con el correr del tiempo, el Grupo de Estudio de Suicidio del INML y CF vio la necesidad de contar con más datos de la víctima, con el fin de hacer un análisis más detallado de los casos y, en particular, de poder caracterizar los rasgos de personalidad de quienes deciden poner fin a sus vidas. Con ese propósito en mente, era necesario entrevistar a los sobrevivientes del suicida; esto es, a las personas más cercanas a la víctima. Para ello se elaboró un instrumento de recolección de datos, el cual fue diseñado por el mismo grupo para ser diligenciado por sus miembros en entrevistas con los sobrevivientes. El instrumento buscaba, por una parte, realizar un trabajo más formal de sistematización de los casos, y por otra, facilitar un segundo acercamiento al estudio de casos de suicidio en el Instituto.

En efecto, entre 1993 y 1995, utilizando el mencionado instrumento, se obtuvo información completa sobre 66 casos. Se logró hacer una sistematización de estos datos que culminó en el trabajo titulado "Análisis de circunstancias alrededor del suicidio en la ciudad de Bogotá D.C. a través de la autopsia psicológica", el cual fue publicado en la Revista Colombiana de Psiquiatría (19). Entre las principales conclusiones, vale la pena destacar el haber podido identificar, como rasgos de personalidad predominantes en los suicidas, los de tipo Narcisista y Límitrofe; una altísima prevalencia de enfermedades afectivas, en especial la depresión; y como población más afectada, la de adultos jóvenes.

Igualmente se halló una importante alteración en la comunicación y la dinámica familiar en las familias de los suicidas, y como factores de riesgo se estableció que el suicidio se presentó de manera significativamente mayor en adultos de sexo masculino, jóvenes sin una relación de pareja estable, y personas que con anterioridad habían manifestado ideas suicidas, de desesperanza o que habían tenido intentos o gestos suicidas y cuadros de depresión.

### **Segunda aproximación: presente estudio**

En 1995 y 1996 se revisó el instrumento, se realizaron ajustes y se decidió hacer un estudio más específico para buscar cuáles eran los rasgos de personalidad de los suicidas y su caracterización en términos de edad, sexo, estado civil, ocupación y otras variables como método suicida y comorbilidad con diagnósticos psiquiátricos.

El instrumento diseñado tiene 72 ítems y cubre aspectos acerca de la filiación del suicida (fecha de muerte, edad al morir, lugar de residencia, ocupación, estado civil y religión); causa de muerte, descripción de la escena del suicidio y datos relevantes de la necropsia; motivación aparente, antecedente de ideación o actos suicidas y planeación del acto suicida; historia de enfermedad mental personal y familiar, cambios del afecto en el año anterior al suicidio; características de su personalidad; clase de interrelación social y familiar; hábitos sexuales; datos sobre consumo de sustancias psicoactivas y otras evidencias tales como notas, escritos, lecturas o casetes dejados por el suicida. Comprende también, de acuerdo con las personas entrevistadas, una revisión de los hechos en los que falleció la víctima y una reconstrucción de su vida, con énfasis en los períodos críticos del ciclo vital y mecanismos de afrontamiento. Igualmente se incluye una historia del núcleo familiar al que pertenecía el suicida, explorando los vínculos e interacciones que tenía con cada uno de los miembros.

Entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 1997, se realizaron en Colombia 1692 autopsias por suicidio, lo que corresponde a una tasa de cuatro por 100.000 habitantes. El mayor número de casos, 338, se reportó en Bogotá, D.C. (20), cifra que representa una tasa de seis por 100.000 habitantes y que corresponde al universo de estudio del presente trabajo. De este universo se logró entrevistar a los familiares en 180 casos, de los cuales se obtuvo información suficiente para hacer el diagnóstico de los rasgos de personalidad de la víctima, en 138 casos.

La metodología utilizada para realizar este estudio de casos implicó, en primer lugar, detectar los casos de suicidio, lo cual se hacía después de efectuada la autopsia, basados en la historia, la impresión diagnóstica del patólogo que la había realizado y la hipótesis de la autoridad competente que había practicado la Inspección de la escena. Una vez obtenidos los datos de la víctima se citaba a los familiares o allegados para entrevista en el INML y CF. Un miembro del Grupo de Suicidio realizaba la entrevista utilizando el instrumento mencionado para la recolección de datos, entrevistando en muchas ocasiones más de un familiar o allegado, conforme a la existencia de personas con quienes el fallecido había tenido relaciones especialmente significativas. Una vez diligenciado el instrumento, se presentaba cada caso clínico ante el grupo de estudio con el doble propósito de realizar un análisis crítico de los datos y determinar si existían elementos suficientes que permitieran hacer el diagnóstico de rasgos de personalidad. Si se cumplían estos requisitos se registraba como caso para estudio, en el espacio correspondiente del instrumento.

Además de los anteriores datos, se revisaba el expediente, el protocolo de la necropsia y los estudios complementarios efectuados, tales como el análisis para buscar tóxicos, entre otros. Vale la pena resaltar que debido a las limitaciones para contar con datos suficientes para realizar un diagnóstico de Trastorno de Personalidad, se optó por el diagnóstico de los rasgos de personalidad, teniendo en cuenta los elementos clínicos descritos en las clasificaciones psiquiátricas internacionales DSM IV (Diseases Staistical and Mental, IV Edición ) y CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 10ª Edición).

## RESULTADOS

Como ya se mencionó, de los 180 casos estudiados se pudo hacer un diagnóstico clínico sobre rasgos de personalidad de la víctima, en 138 (76.7%); en el resto, 42 casos, que corresponden al 23.3% de la muestra seleccionada, no fue posible diagnosticar estos rasgos, debido a la escasez de información sobre el suicida que los entrevistados podían aportar.

En la figura 1 se observa que en el 40% de los casos diagnosticados clínicamente, los suicidas, o bien tenían una personalidad con rasgos predominantemente narcisistas (23%), o bien caían dentro de la categoría del Límitrofe (17%). En proporciones ligeramente menores, se encontraron personas con rasgos esquizoides (12%) y dependientes (8%). Se detectaron fenómenos depresivos en un 7% y alteraciones de la conducta tan sólo en el 3%. Con algunos rasgos insuficientes para determinar personalidad se estableció la existencia de un trastorno de identidad y de cambios paranoides, o ciclotímicos, en dos personas en cada caso, hallazgos que corresponden al 1% de la muestra observada, cada uno. Entre los diagnósticos que se hicieron en un solo individuo, se encuentran los rasgos obsesivos, histéricos, psicopáticos, pasivo agresivos, esquizotípicos, el cociente intelectual límitrofe y el Trastorno Orgánico de la Personalidad, con un 0.6% cada uno. Este resultado es similar al encontrado en el estudio previo del INML y CF.

Con respecto a la variable genero (Figura 2) se halló que la mayoría, 132 suicidas, eran hombres y 48, mujeres, con una relación hombre mujer de 2.7:1. Esto corresponde a lo clásicamente descrito en la literatura científica, en la cual se menciona una proporción hombre: mujer de 3:1 (21).

Por cada categoría de personalidad hubo una mayor proporción de hombres que de mujeres, lo cual fue particularmente notorio en las personas con rasgos narcisistas;

esto es, que los hombres narcisistas cometen suicidio cuatro veces más que las mujeres narcisistas. No obstante, no se observó diferencia hombre - mujer en los casos diagnosticados como rasgos límitrofes.

**Tabla 1.** Distribución porcentual de los casos de suicidio según rasgo de personalidad diagnosticado

Tabla Rasgos de Personalidad según Número de casos		
Rasgos de personalidad	Número de casos	%
Narcisistas	41	22,8
Límites	30	16,7
Esquizoides	21	11,7
Dependientes	15	8,3
Depresivos	13	7,2
Trastornos de Conducta	5	2,8
Trastornos de Identidad	2	1,1
Paranoides	2	1,1
Ciclotímicos	2	1,1
Obsesivo	1	0,6
Histéricos	1	0,6
Psicopático	1	0,6
Pasivo/Agresivo	1	0,6
Esquizotípico	1	0,6
Trastornos Org. de personalidad	1	0,6
C.I. Límitrofe	1	0,6
Sin datos	42	23,3
Total	180	

En relación con la edad de las víctimas, se encontraron resultados interesantes. La mayoría de casos de suicidio se halló entre las edades de 19 a 34 años (48.9%) y 35 a 50 años (20.5%); estos datos contrastan con lo que mencionan algunos estudios, los cuales señalan como grupos etáreos de mayor ocurrencia de éste fenómeno, a las personas en etapas de crisis vitales como la adolescencia y la vejez (22,23)

Por grupos específicos de rasgos de personalidad se observó que, entre los narcisistas, a mayor edad, mayor la proporción de suicidas (Figura 3). En los casos catalogados como límitrofes, el porcentaje más alto se presentó en el grupo de 19 a 34 años. En los esquizoides y dependientes no se perciben diferencias por edad. Para los otros tipos diagnósticos, como ciclotímico, pasivo/agresivo y psicopático la muestra se concentró en los menores de 18 años.

Al analizar los casos globalmente según el estado civil (última columna de la figura 4) se observa que uno de cada dos suicidas era soltero, uno de cada cinco era casado y uno de cada seis estaba en unión de hecho.



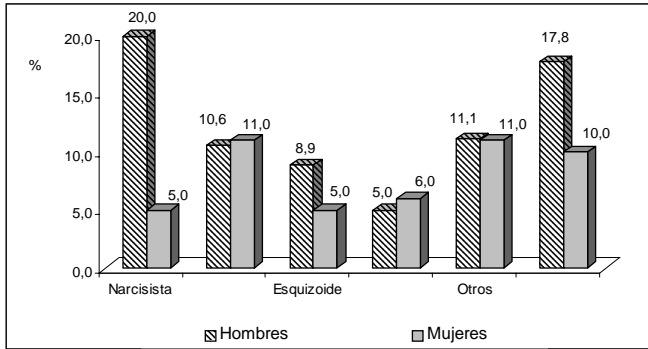


Figura 2. Distribución porcentual de los casos de suicidio por genero, según rasgos de personalidad diagnosticados.

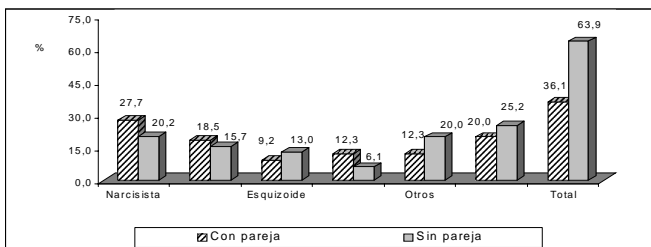


Figura 3. Distribución porcentual de los casos de suicidio por edad, según rasgos de personalidad diagnosticados.

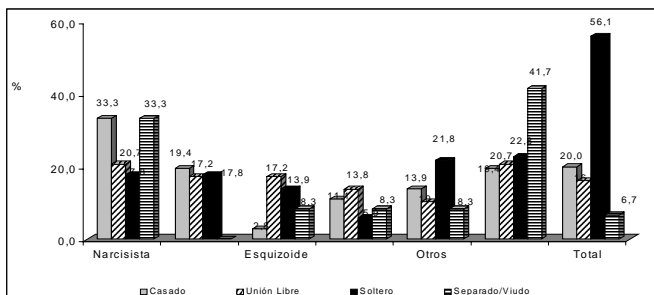


Figura 4. Distribución porcentual de los casos de suicidio por estado civil, según rasgos de personalidad diagnosticados.

Examinando esta distribución para cada uno de los diagnósticos de personalidad, se encuentra que entre los narcisistas hay una proporción similar de casados y separados / viudos; entre los esquizoides y depresivos existe una cantidad ligeramente mayor de personas en unión libre, mientras que para los clasificados en la categoría del Límitrofe no hay diferencias según el estado civil. Entre las víctimas restantes con diagnóstico predominaron las solteras, y en aquellos casos en los cuales no fue posible hacer un diagnóstico, una gran mayoría de los fallecidos tenían la condición de separados o viudos.

Al agrupar los suicidas con pareja y sin pareja (Figura 5), a escala global se observa que se suicidan más los sin pareja, en una proporción de dos de cada tres. No obstante, al analizar la distribución según la personalidad de

la víctima se aprecia que entre los dependientes, narcisistas y límites, se suicidan en una proporción mayor los que tienen pareja, en particular entre los dependientes, cuya proporción es el doble de los que carecen de esta. Aparentemente, en estos casos el tener pareja no es un factor protector del riesgo de suicidio.

El principal método usado por los suicidas del estudio para causarse la muerte fue el arma de fuego (HPAF); casi uno de cada dos utilizó este mecanismo suicida. Le sigue en orden de ocurrencia, la intoxicación exógena por diversas sustancias. Uno de cada cuatro murió por intoxicación y uno de cada seis se produjo la muerte por ahorcamiento (Figura 6).

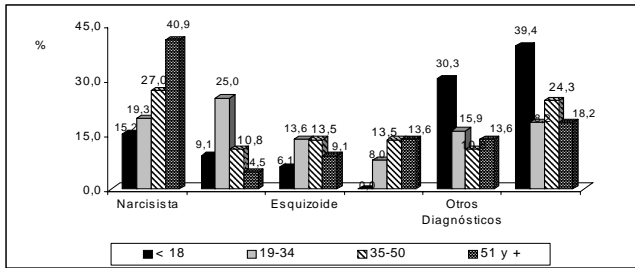
Debido al bajo número de casos en los que se presentaron, fue necesario agrupar bajo la categoría "otros", los siguientes mecanismos: heridas por arma blanca (cortopunzante), quemadura, ahogamiento y accidente de tráfico provocado. Igualmente se incluyeron en esta categoría, aquellos casos en los que no se obtuvo información sobre el método que utilizó la víctima.

Al considerar la personalidad, sigue observándose que el proyectil de arma de fuego fue el método más utilizado, cualquiera que sean los rasgos de personalidad del suicida. Entre los Narcisistas y los Dependientes fue particularmente alto; con respecto a los primeros, esto se puede explicar porque sus actos más que impulsivos son cuidadosamente planeados. Las personas con rasgos de personalidad Límitrofe fueron proporcionalmente quienes más se suicidaron por precipitación desde grandes alturas (cinco de 30 casos para un 16.6 %), lo cual se puede asociar a la impulsividad característica en estos individuos. Entre los suicidas con rasgos Esquizoides se utilizó por igual la herida por proyectil de arma de fuego y el ahorcamiento. El segundo procedimiento utilizado entre los Dependientes fue la intoxicación, al igual que en los casos agrupados en la categoría "otros diagnósticos".

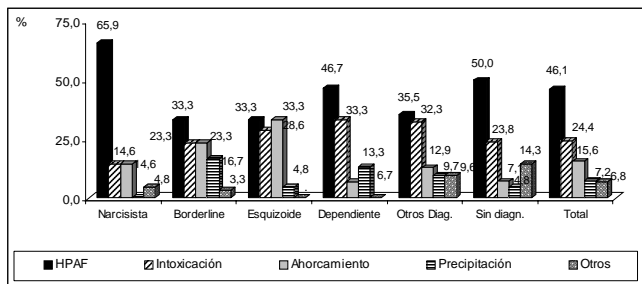
### DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman algunos hallazgos de la investigación previa realizada en el INML y CF entre 1993 y 1995, como es el hecho que los rasgos predominantes de los suicidas son los Narcisistas y límites, y que hay una mayor proporción de hombres que de mujeres suicidas.

La mayor proporción de suicidios ocurrió en los grupos etáreos de 19 a 34 años y de 35 a 50 años, y entre las personas que carecían de pareja. Uno de los resultados que demanda mayor exploración, es la elevada proporción de suicidas narcisistas, límites y dependientes con pareja, en contra de las apreciaciones de la literatura



**Figura 5.** Distribución porcentual de los casos de suicidio con pareja y sin pareja, según rasgos de personalidad diagnosticados.



**Figura 6.** Distribución porcentual de casos estudiados por método suicida utilizado, según rasgos de personalidad diagnosticados.

disponible, de acuerdo con la cual, el tener pareja es uno de los factores que se consideran protectores del riesgo suicida. Por esta razón, se requieren datos específicos que permitan establecer si los casos se relacionan con la inminencia de una separación que hubiera desencadenado el acto suicida, con las drásticas consecuencias que esto conlleva para la pareja sobreviviente.

No es extraño que los rasgos de personalidad más frecuentes entre los suicidas sean los narcisistas, ya que estas personas tienen un bajo nivel de tolerancia a la frustración acompañado de una visión egocéntrica del mundo con un pronunciado interés por el bienestar propio, desestimando el de los otros, presentando frente a ellos una falta de empatía. También se observó entre los narcisistas que a mayor edad, mayor proporción de suicidios, lo cual concuerda con la caracterización de este tipo de personalidad, cuyo funcionamiento psicosocial se va desintegrando con el paso del tiempo: cuando deberían alcanzar la denominada socialmente "madurez" se les hace evidente que no será posible cumplir sus propias expectativas.

Es igualmente explicable que las personas con rasgos limítrofes aparezcan como segundos en frecuencia dentro de los suicidas, ya que estas personas tienen un bajo control de sus impulsos y una difusión de su identidad.

No sorprende tampoco, que los esquizoides tengan también gran representatividad entre el grupo de suicidas, pues es característico de estos individuos tener pobres relaciones interpersonales con los demás o relaciones de baja calidad, lo que los convierte en personas vulnerables en razón a que no tienen habilidades para crear y mantener una adecuada red de apoyo social.

Dentro de las más importantes y frecuentes asociaciones referidas en la literatura entre suicidio y trastornos afectivos (24), está la depresión (25), aspecto para el cual se han realizado múltiples intentos de terapia (26). Nos llama la atención este punto específico debido a que en muchos casos la depresión, a todas luces significativa a partir de la historia, no es diagnosticada antes de la muerte de la persona. En la casuística del Grupo hemos observado que, incluso contando con servicios de salud, este es uno de los problemas que no es apreciado culturalmente como susceptible de mejoría con la ayuda de profesionales capaces de brindar tratamiento, y que ameritaría políticas de orientación para un manejo psicológico.

En este estudio no fue posible realizar el diagnóstico de comorbilidad de los rasgos de personalidad con enfermedades psiquiátricas, debido a que los sobrevivientes entrevistados no suministraron la información pertinente. Dado que, en nuestra experiencia y en la literatura (27-30) uno de los factores más impactantes y dolorosos en la práctica clínica de la atención en salud mental es el suicidio de un paciente, en próximos estudios nos proponemos revisar específicamente la asociación de la atención psiquiátrica y los diagnósticos en ella emitidos, con el desenlace suicida.

## CONCLUSIONES

El Grupo de Estudio de Suicidio del INML y CF pretende realizar mayores esfuerzos para optimizar las técnicas de recolección de datos, con el fin de aportar conocimiento que pueda apoyar los aspectos preventivos del acto suicida. En nuestra experiencia, trascendiendo los datos y las clasificaciones, para cada caso individual en el que la que parecería ser la víctima ya está muerta, los efectos del suicidio en la familia y su entorno aparecen como un fantasma que atraviesa generaciones, de una manera tan dolorosa que se cuestionan tanto el derecho del individuo a disponer de su propia vida, como la magnitud del esfuerzo que actualmente se realiza para evitarlo en los ámbitos médico, familiar y social.

**AGRADECIMIENTOS**

*A las familias que amablemente aceptaron participar en el estudio y, por su asesoría, a la Dra. Elena Prada Salas, Socióloga, Antropóloga, del Programa "Rumbos" de la Presidencia de la República.*

**REFERENCIAS**

1. **SCHNEIDMAN ES.** Definition of Suicide. John Wiley and Sons. New York, 1985; 203-213.
2. **Centro de Referencia sobre Violencia, FORENSIS** 2000. INML y CF, Septiembre 2001; 118-119.
3. **Espasa - Calpe S.A.** editores ENCICLOPEDIA UNIVERSAL ILUSTRADA . 1936; 6 1181.
4. **Littman R.** 500 psychological Autopsies Journal of Forensic Sciences, JFSCA.1989; 34 (3): 638-646.
5. **JIMÉNEZ I.** La Autopsia Psicológica como Instrumento de Investigación. Rev. Col Psiquiatría. 2001; Vol. XXX/ N°3.
6. **PALACIO C.** La Autopsia Psicológica. Casos Forenses. 6:13-18.
7. **GARCÍA T.** La Autopsia Psicológica en el Homicidio. Medicina Legal de Costa Rica, 1998; 15 (1- 2): 21-22.
8. **GARCÍA T.** Op. Cit 4 y 5.
9. **FREDMAN A, KAPLAN H, SADOCK B.** Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Salvat Editores S.A. 1982: 684-690.
10. **CAVANAGH JT, OWENS DG, JOHNSTONE EC.** Suicide and undetermined death in Southeast Scotland. A case-control study using the psychological autopsy method. Psychological Medicine 1999; 25, 1141-1149.
11. **LESAGE A, BOYER R, GRUMBERG F, VANIER C, MORISSETTE R, MENARD C, et al.** Suicide and mental Disorders: A Case Control Study of Young Men. Am. J.Psychiatry 1994, 151(7): 1063-1094.
12. **SO;OFF, PH, LYNCH KG, KELLY TM, MALONE KM, MANN JJ.** Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and Limitrofe personality disorder: a comparative study. American Journal of Psychiatry. 2000;157,601-608.
13. **SOLOFF PH, LISS JA, CORNELIUS J, ULRICH R.** Risk factors for suicidal behavior in Limitrofe personality disorder. American Journal of Psychiatry 1994;151, 1316-1323.
14. **BRODSKY BS, MALONE KM, ELLIS SP, DULIT RA, MANN JJ.** Characteristics of Limitrofe personality disorder associated with suicidal behavior. American Journal of Psychiatry 1997;154,1715-1719.
15. **FRANCES A.** Blumethal, Personality as a Predictor of Youthful Suicide. Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol 2. Risk factors for youth suicide. US Dep. Health & Human Services. 1989; 2-171.
16. **ISOMETSA E, HERIKSSON M, HEIKKINES M.** Suicide among subjects with personality disorders. American Journal of Psychiatry 1996;153, 667-673.
17. **SHAFI M, CORRIGAN S, WHITTINGILL R, DERRICK A.** Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents. Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. 1985; 142 (9): 1061-1064.
18. **CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, COX C.** Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide:a psychological autopsy study. American Journal of Psychiatry 1996;153, 1001-1008.
19. **JIMÉNEZ IA, MORALES ML, GELVES CA, VILLAMIL DA, JIMÉNEZ DA, CÁRDENAS ME, NAVARRO GA.** Análisis de suicidio a través de la autopsia psicológica Revista Colombiana de Psiquiatría 1998; 27, 197-210.
20. **Comportamiento de Lesiones de Causa Externa.** Colombia, Centro de Referencia sobre Violencia, Subdirección de Servicios Forenses. INML.1997; 67.
21. **TORO RJ, YEPES LE.** Fundamentos de Medicina, Psiquiatría, 599.
22. **TORO RJ, YEPES LE.** Fundamentos de Medicina, Psiquiatría, 599.
23. **MARTTUNEN MJ, HERIKSSON M, HILLEVI A.** Suicide among female adolescents: characteristics and comparison with males in the age group 13 to 22 years. J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry 1995; 34, 1297-1307.
24. **BOSTWICK JM PANKRATZ VS.** Affective disorders and suicide risk: a reexamination. American Journal of Psychiatry 2000;157, 1925-1932.
25. **ISOMETSA E, HILLEVI MA, HENRIKSSON M.** Suicide in major depression in different treatment settings. Journal of Clinical Psychiatry 1994; 55, 523-527.
26. **ROY A.** Suicide in depressives. Archives of General Psychiatry 1983; 24, 487-491.
27. **MALONE KM, OQUENDOMA, HAASGL, ELLIS SP, SHUNHUA LI, MANN JJ.** Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. American Journal of Psychiatry 2000; 157, 1084-1088.
28. **APPLEBY L, SHAW J, AMOS T.** Suicide within 12 months of contact with mental health service. BMJ 1999;318, 1235-1239.
29. **RADOMSKY ED, HAAS GL, MANN JJ, SWEENEY JA.** Suicide behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. American Journal of Psychiatry 1999;156, 1590-1595.
30. **BECKAT, BROWNG, BERCHICK RJ, STEWART BI, STEER RA.** Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry 1990;147, 190-1995.