



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA: ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. ¿UNA SOLUCIÓN PARA LA VIOLENCIA SOBRE LA MUJER?

Esperanza Angustias Rendón Martínez

Grado en Medicina

Facultad de Medicina

Año Académico 2022-23

LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA: ACTUALIZACIÓN Y PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. ¿UNA SOLUCIÓN PARA LA VIOLENCIA SOBRE LA MUJER?

Esperanza Angustias Rendón Martínez

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Medicina

Universitat de les Illes Balears

Año Académico 2022-23

Palabras clave del trabajo:

Violencia de género/Violencia grave en la mujer/Autopsia psicológica/Escala de predicción de riesgo/Muerte

Nombre del Tutor / la Tutora del Trabajo: Francisco Javier Alarcón de Alcaraz.

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Agradecimientos:

Empezar a agradeciéndole al Doctor Francisco Javier Alarcón de Alcaraz por la tutorización de este Trabajo de Fin de Grado, por la implicación en enseñarme, ayudarme y guiarme.

Y mi agradecimiento más especial: a mi familia. Gracias por apoyarme en los momentos más duros de mi carrera, por seguir mandándome fuerzas desde la distancia y siempre transmitiéndome confianza para seguir adelante. Gracias a mis padres, Francisco Javier y Eloísa por darme la oportunidad de estudiar la carrera de mis sueños, estaré eternamente agradecida.

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo es la realización de una modificación de la escala de predicción de riesgo vital en la violencia grave contra la mujer a través de la autopsia psicológica. Con la ayuda de la autopsia psicológica podemos analizar y comprender la conducta y pensamientos del agresor proporcionándonos una información valiosa para la prevención de futuras violencias e incluso la muerte de la víctima de violencia de género. La escala de predicción de riesgo vital en la violencia grave contra la mujer tiene como objetivo identificar a las mujeres que tienen mayor riesgo de sufrir lesiones graves y/o muy graves. La multiplicidad de causas y la infrecuencia de la conducta violenta grave hacen de su predicción una tarea difícil, pero técnicamente factible. El maltrato grave o reiterado a la pareja depende de la peligrosidad del agresor, de la vulnerabilidad de la víctima y de la situación de la relación de pareja. La utilidad de la valoración del riesgo está directamente relacionada con la importancia de la identificación y de la gestión de la violencia en el ámbito profesional sanitario correspondiente, así como con la detección de los tipos de agresores. De este modo, se pueden adoptar medidas de protección específicas e individualizadas para las víctimas cuando se detecta por primera vez la violencia en función del grado de riesgo estimado.

ÍNDICE

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	9
I. MUERTE.....	9
II. AUTOPSIA PSICOLÓGICA	16
a. <i>Historia de la autopsia psicológica y concepto</i>	16
b. <i>Objetivos</i>	17
c. <i>Utilidad</i>	17
d. <i>Metodología</i>	18
e. <i>Modelos de autopsia psicológica</i>	20
f. <i>Autopsia psicológica aplicada en el suicidio</i>	24
III. VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA MUJER.....	31
a. <i>Personal sanitario ante la violencia contra la mujer</i>	34
METODOLOGÍA	36
CONCLUSIÓN	40
BIBLIOGRAFÍA	42

INTRODUCCIÓN

La **violencia de género** es un problema social y de salud pública que afecta a las mujeres de todas las edades, clases sociales y culturas en todo el mundo. En España, este problema se ha convertido en una de las mayores preocupaciones sociales en las últimas décadas, con un alarmante número de víctimas cada año. La violencia de género ha sido y sigue actualmente siendo una de las manifestaciones más claras de desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Este tipo de violencia se basa y se ejerce por la diferencia subjetiva entre los sexos. La violencia de género es aquella que se ejerce sobre las mujeres por aporte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones de afectividad (parejas o exparejas). [1]

El concepto más aceptado de violencia de género es la propuesta de declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer por la ONU en 1993: “Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. [1]

En nuestro país, la Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre, art.1 de Protección Integral la define como “Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (...) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”. [1,2]

Según la Delegación del Gobierno de España contra la violencia de género por el ministerio de igualdad, en nuestro país, el número de mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de su pareja o expareja va en aumento. En lo que va de año de 2023, hay un total de 12 mujeres asesinadas. La última actualización se corresponde con la confirmación del caso de violencia



de género de una mujer de 34 años, presuntamente asesinada por su expareja en Hueva el 4 de abril. En la siguiente gráficas , se representa la evolución del número de víctimas mortales desde 2003 a 2023 por violencia de género. [3]

El Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2021 se registraron 30.141 mujeres víctimas de violencia de género correspondientes en los casos en los que se había dictado medidas cautelares u órdenes de protección, por lo que supone un aumento del 3,2% respecto al año anterior. El mayor aumento del número de víctimas en el año 2021 se dio entre las mujeres de menos de 18 años (28,6%). La tasa de víctimas fue de 1,4 por cada 1.000 mujeres de 14 y más años. Los valores más elevados se alcanzaron en los tramos de edad de 30 a 34 años (3,4 víctimas por cada 1.000 mujeres) y de 25 y 29 años. [4]

	Año 2020	Año 2021	Tasa de variación
TOTAL	29.215	30.141	3,2
Menos de 18 años	514	661	28,6
De 18 a 19 años	884	955	8,0
De 20 a 24 años	3.208	3.346	4,3
De 25 a 29 años	3.900	4.045	3,7
De 30 a 34 años	4.638	4.671	0,7
De 35 a 39 años	4.959	5.043	1,7
De 40 a 44 años	4.521	4.616	2,1
De 45 a 49 años	2.963	3.131	5,7
De 50 a 54 años	1.749	1.796	2,7
De 55 a 59 años	847	872	3,0
De 60 a 64 años	439	447	1,8
De 65 a 69 años	245	244	-0,4
De 70 a 74 años	175	161	-8,0
75 y más años	173	153	-11,6

En la comunidad de Islas Baleares, el número de víctimas de la violencia de género en 2022 hubo un aumento importante del 7,6% y del 10%, respectivamente con respecto 2021. Siendo la comunidad con mayor tasa con 110,3 casos por cada 10.000 mujeres. Los juzgados de las islas recibieron un total de 7.000 denuncias, un 10% más que el año anterior, en el que se registraron 6.363. Las mujeres víctimas de la violencia machista fueron 6.516, un 7,6% más que en 2023, año en el que se contabilizaron 6.058. De las víctimas, 3.530 eran mujeres españolas y 2.986 extranjeras. El año pasado, los órganos judiciales (juzgados de violencia sobre la mujer y juzgados de guardia) de Baleares acordaron 1.123 órdenes de protección, un 65,9% más que en 2021. [4]

Respecto el **suicidio** es un fenómeno que ha permanecido a lo largo de toda la historia, siendo considerado como un tema tabú, y su concepto ha ido evolucionando en función de las corrientes desde las que ha sido abordado. La definición de suicidio se define como un “acto deliberado por el que sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal. Es importante diferenciar el concepto del suicidio con el del intento: “intento no fatal de causar la propia, muerte, a menudo con el propósito de pedir ayuda”. [5]

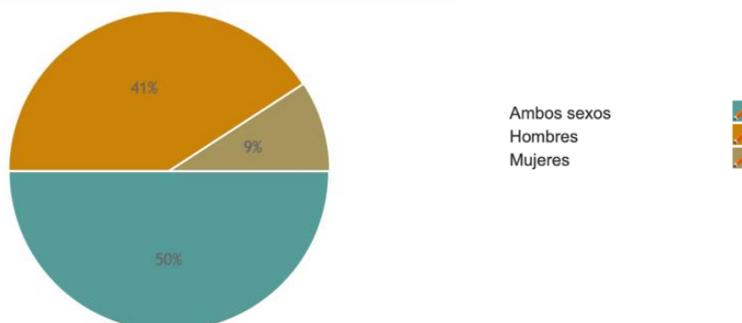
En la actualidad, el suicidio se establece como una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En el global de edades, el suicidio sigue siendo es la principal causa de muerte no natural en España, multiplicando por 2,5 las provocadas por los accidentes de tráfico (1.599 en 2021), por 14 los homicidios (283) o por 93 las producidas por la violencia de género (43). A las muertes por suicidio hay que añadir los intentos y la ideación suicida. Según cálculos de la OMS, existirían unos 20 intentos por cada suicidio, mientras que, según otros estudios epidemiológicos la ideación podría afectar a lo largo de la vida, entre el 5% y el 10% de la población española. Eso significa que en un año podrían producirse en torno a 80.000 intentos de suicidio al año en España y que entre dos y cuatro millones de personas posean ideación suicida a lo largo de su vida. Por lo que, la OMS ha declarado el suicidio como un problema de salud pública. [5]

Respecto a nivel nacional, en 2021, según los datos publicados por el INE el 19 de diciembre de 2022 han fallecido por suicidio 4.003 personas en España, una media de 11 personas al día; un 75% de ellas varones (2.982) y un 25% mujeres (1.021). Así, 2021 se convierte en el año con más suicidios registrados en la historia de España desde que se tienen datos (año 1906). En el año 2020 presentó una cifra en total de 3.941 muertes, en hombres 2.930 casos y en mujeres 1.011 casos) donde la franja de edad entre 50 a 54 años es la más frecuente en ambos sexos. [6]

En 2020, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) en Islas Baleares ocurrieron 87 muertes por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) en ambos sexo (hombres 71 casos y mujeres 16 casos de muerte) lo que presenta una tasa de 7,13 % suicidios por cada 100.000 habitantes. Dicha cifra fue menor que en los años anteriores de 2019 y 2017, las cifras fueron de 97 muertes (hombres 71 casos y mujeres 31 casos de muerte) y 107 muertes (hombres 71 casos y mujeres 32 casos de muerte). [6]

En la siguiente gráfica, se muestra la estadística de defunciones de suicidio según el sexo. En ella, se observamos que ambos sexos que los hombres presenta un 41% de muertes suicidas frente a las mujeres con un 9% de muertes suicidas. Ambos sexos, representan el 50 % de defunciones.

Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, Balears, Illes, Sexo, Todas las edades



A lo largo del trabajo se abordarán los conceptos de muerte y tipos de muerte, autopsia psicológica y los diferentes modelos que existen. Además, se muestra la aplicación de la autopsia psicológica en la violencia de género en la mujer en España y la actualización modificación de la escala de predicción de riesgo en la violencia grave en la mujer (EPV-R).

MARCO TEÓRICO

I. MUERTE

El concepto de muerte, en contexto de médico, se define como la abolición o cese irreversible de las funciones vitales (cardíaca, respiratoria y neurológica). Desde el punto de vista jurídico (Código civil) supone la pérdida de la personalidad jurídica. La personalidad jurídica se entiende como aquella por la cual se reconoce a una persona con capacidad suficiente para contraer obligaciones y realizar actividades con plena responsabilidad jurídica. Se adquiere en el momento del nacimiento con vida, veinte cuatro horas fuera del útero materno (Art.30: Ley 20/2011, de 21 de julio. [Ref. BOE-A-2011-12628](#)) y se pierde por la muerte de la persona (Art. 32:Ley 13/1983, de 24 de octubre. [Ref. BOE-A-1983-28123](#)). [7]

El concepto médico-jurídico tiene origen en los casos regulados en la legislación de extracción y trasplante de órganos (L. E. T. O) regulado por el Real Decreto 1723/2012 de 28 de diciembre Anexo I: "Protocolos de diagnóstico y certificación de la muerte para la obtención de órganos de donantes fallecidos". [8]

El diagnóstico y certificación de la muerte de una persona se basará en la confirmación del cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria o de las funciones encefálicas (muerte encefálica), conforme se establece el artículo 9 del presente Real Decreto. [9]

Diagnóstico de muerte por criterios neurológicos (muerte encefálica).

- a) En condiciones diagnósticas, presenta coma de etiología conocida y de carácter irreversible. Debe de haber evidencia clínica o por neuroimagen de lesión destructiva en el sistema nervioso central compatible con la situación de muerte encefálica. [10]
- b) El diagnóstico de muerte encefálica exige siempre la realización de una exploración neurológica que debe de ser sistemática, completa y extremadamente rigurosa. Antes de iniciar la exploración clínica neurológica, hay que comprobar si el paciente presenta: [11]

1. Estabilidad hemodinámica.
2. Oxigenación y ventilación adecuadas.
3. Temperatura corporal superior a 32°C, y en niños de hasta 24 meses de edad, superior a 35°C. Sin embargo, con el fin de mantener la estabilidad clínica durante la exploración, se recomienda una temperatura corporal superior a 35°C en todos los casos.
4. Ausencia de alteraciones metabólicas y endocrinológicas, que pudieran ser causantes del coma.
5. Ausencia de sustancias o fármacos depresores del sistema nervioso central, que pudieran ser causantes del coma.
6. Ausencia de bloqueantes neuromusculares.

Los hallazgos fundamentales en la exploración deben ser los siguientes: [11]

- Coma arreactivo, sin ningún tipo de respuesta motora o vegetativa al estímulo analgésico producido en el territorio de los nervios craneales; no deben existir posturas de descerebración ni de decorticación.
- Ausencia de reflejos troncoencefálicos (fotomotor, corneal, oculo vestibulares, nauseoso y tusígeno).

- Ausencia de respuesta al Test de Atropina. Tras la administración intravenosa de 0,04 mg/Kg de sulfato de atropina no debe existir un incremento superior al 10% de la frecuencia cardíaca basal.
- Apnea, demostrada mediante el «test de apnea», comprobando que no existen movimientos respiratorios torácicos ni abdominales cuando la PCO₂ en sangre arterial sea superior a 60 mm de Hg.

La presencia de actividad motora de origen espinal espontánea o inducida, no invalida el diagnóstico de la muerte encefálica. En cuanto, a las condiciones que dificultan el diagnóstico clínico de muerte encefálica. Determinadas situaciones clínicas pueden dificultar o complicar el diagnóstico clínico de muerte encefálica, al impedir que la exploración neurológica sea realizada de una forma completa o con la necesaria seguridad. Tales condiciones son: [11]

1. Pacientes con grandes destrozo del macizo craneofacial o cualquier otra circunstancia que impida la exploración de los reflejos troncoencefálicos.
 2. Intolerancia al test de apnea.
 3. Hipotermia (temperatura corporal inferior o igual a 32°C).
 4. Intoxicación o tratamiento previo con dosis elevadas de fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central.
- c) El periodo de observación debe valorar individualmente, teniendo en cuenta el tipo y gravedad de la lesión causante, así como las pruebas instrumentales realizadas. Siempre el diagnóstico sea exclusivamente clínico, se recomienda repetir la exploración neurológica según los siguientes períodos: [11]
- A las seis horas en los casos de lesión destructiva conocida.
 - A las veinticuatro horas en los casos de encefalopatía anóxica.
 - Si se sospecha o existe uso de fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central, el período de observación debe prolongarse, a criterio médico, de acuerdo con la vida media de los fármacos o sustancias presentes y a las condiciones clínicas y biológicas generales del paciente.
- d) Los periodos de observación reseñados pueden acortarse o incluso omitirse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas: [11]
1. Desde el punto de vista científico, no son obligatorias, excluyendo las siguientes situaciones:

- Pacientes con graves destrozos del macizo craneofacial o cualquier otra circunstancia que impida la exploración de los reflejos troncoencefálicos; Intolerancia al test de apnea; Hipotermia (temperatura corporal inferior o igual a 32 °C); Intoxicación o tratamiento previo con dosis elevadas de fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central.
- Ausencia de lesión destructiva cerebral demostrable por evidencia clínica o por neuroimagen.
- Lesión causal sea primariamente infratentorial.

Sin embargo, con el fin de complementar el diagnóstico y acortar el período de observación, sería recomendable la realización de alguna prueba instrumental. En el caso particular de que la etiología causante del coma sea de localización infratentorial, la prueba instrumental a realizar debe demostrar la existencia de lesión irreversible de los hemisferios cerebrales (electroencefalograma o prueba de flujo sanguíneo cerebral).

2. El número y tipo de test diagnósticos instrumentales a utilizar debe valorarse de forma individual, atendiendo a las características particulares de cada caso y a las aportaciones diagnósticas de las técnicas empleadas. Las pruebas instrumentales diagnósticas son de dos tipos: [11]
 - Pruebas que evalúan la función neuronal: Electroencefalografía y potenciales evocados.
 - Pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral: Arteriografía cerebral de los 4 vasos, angiografía cerebral por sustracción digital (arterial o venosa), angiografía cerebral mediante Tomografía Computarizada multicorte, con o sin estudio de perfusión cerebral, angiografía cerebral mediante Resonancia Magnética Nuclear, angiogramagrafía cerebral con radiofármacos capaces de atravesar la barrera hematoencefálica intacta y sonografía Doppler transcraneal.

Para el diagnóstico de muerte encefálica y si así lo permiten los avances científicos y técnicos en la materia, se podrá utilizar cualquier otra prueba instrumental no incluida en la relación previa, siempre que acredite absoluta garantía diagnóstica.

- e) Ante un coma de causa conocida, y una vez excluida la existencia de situaciones que pudieran dificultar el diagnóstico clínico, un paciente que presente una exploración clínica de muerte encefálica y una prueba instrumental de soporte diagnóstico concluyente puede ser diagnosticado de muerte encefálica, sin ser preciso esperar el período de observación.[11]

- f) En aquellas condiciones clínicas en las que existen circunstancias que dificultan o complican el diagnóstico clínico cuando no haya lesión destructiva cerebral demostrable por evidencia clínica o por neuroimagen y cuando exista una lesión causal que sea primariamente infratentorial, además de la exploración neurológica deberá realizarse, al menos, una prueba instrumental de soporte diagnóstico confirmatoria. [11]
- g) El diagnóstico clínico de muerte encefálica en recién nacidos, lactantes y niños se basa en los mismos criterios que en los adultos, aunque con algunas peculiaridades. [11]

La exploración neurológica en neonatos y lactantes pequeños debe incluir los reflejos de succión y búsqueda. En neonatos, especialmente los pretérmino, la exploración clínica debe repetirse varias veces, ya que algunos reflejos del tronco pueden no haberse desarrollado o ser de incipiente aparición, lo que hace a estos reflejos muy vulnerables. A su vez, en los niños de hasta 24 meses de edad, la exploración clínica para el diagnóstico de muerte encefálica se realizará previa comprobación de que se cumple la exigencia de temperatura corporal. [11]

Cuando se utilicen pruebas instrumentales de soporte diagnóstico en los niños, se tendrán en cuenta las peculiaridades técnicas de los mismos. Por tanto, las pruebas deberán ajustarse a la edad, a las condiciones clínicas y a los estándares y recomendaciones internacionales de las diferentes sociedades científicas.

El período de observación recomendado varía con la edad y con las pruebas instrumentales realizadas: [11]

1. Neonatos pretérmino: aunque no existen guías internacionalmente aceptadas, se recomienda un periodo de observación de 48 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas, y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.
2. Neonatos (desde la 37 semana de gestación hasta los 30 días de edad): 24 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

3. Niños de más de 30 días hasta 24 meses de edad: 12 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral

Diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios

El diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios se basará en la constatación de forma inequívoca de ausencia de circulación y de ausencia de respiración espontánea, ambas cosas durante un período no inferior a cinco minutos.

Como requisito previo al diagnóstico y certificación de la muerte por criterios circulatorios y respiratorios, deberá verificarse que se cumple una de las siguientes condiciones:[11]

- 1) Se han aplicado, durante un periodo de tiempo adecuado, maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, que han resultado infructuosas. Dicho período, así como las maniobras a aplicar, se ajustarán dependiendo de la edad y circunstancias que provocaron la parada circulatoria y respiratoria. En todo momento deberá seguirse lo especificado en los protocolos de reanimación cardiopulmonar avanzada que periódicamente publican las sociedades científicas competentes. En los casos de temperatura corporal inferior o igual a 32°C se deberá recalentar el cuerpo antes de poder establecer la irreversibilidad del cese de las funciones circulatoria y respiratoria y por lo tanto el diagnóstico de muerte.
- 2) No se considera indicada la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar en base a razones médica y éticamente justificables, de acuerdo con las recomendaciones publicadas por las sociedades científicas competentes.
- 3) La ausencia de circulación se demostrará mediante la presencia de al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Asistolia en un trazado electrocardiográfico continuo.
 - Ausencia de flujo sanguíneo en la monitorización invasiva de la presión arterial.
 - Ausencia de flujo aórtico en un ecocardiograma.
 -

Si así lo permiten los avances científicos y técnicos en la materia, podrá utilizarse cualquier otra prueba instrumental que acredite absoluta garantía diagnóstica.

Respecto a las maniobras de mantenimiento de viabilidad y preservación, para iniciar el procedimiento de preservación será necesario que el equipo médico responsable del paciente haya dejado constancia escrita de la muerte, especificando la hora del fallecimiento.

En los casos en que sea necesaria la autorización judicial según lo especificado en el artículo 9.5 del presente real decreto, se procederá como sigue: [11]

- 1) En los supuestos contemplados en el párrafo 1.º del apartado 1.b), se podrán reanudar las maniobras de mantenimiento de flujo sanguíneo a los órganos y se realizará la oportuna comunicación al juzgado de instrucción sobre la existencia de un potencial donante.
Tras la respuesta favorable del juzgado o bien transcurridos quince minutos sin que éste haya notificado limitación alguna para su práctica, podrán iniciarse las maniobras de preservación. Previo al inicio de dichas maniobras, se procederá a la extracción de una muestra de sangre de 20 cc y si fuera posible, de 20 cc de orina y 20 cc de jugos gástricos (según el protocolo adjunto de cadena de custodia), que quedarán a disposición del juzgado de instrucción, así como cualquier otra muestra o dato que fuesen requeridos por éste. Posteriormente se procederá a iniciar las maniobras de preservación.
- 2) En los supuestos contemplados requisitos previo al diagnóstico y certificación de la muerte por criterios circulatorios y respiratorios y antes del inicio del procedimiento, se comunicará al juzgado de instrucción la existencia de un potencial donante, informándole de las circunstancias del caso y se actuará individualmente, de acuerdo con las directrices establecidas por el citado juzgado.
- 3) En los dos casos anteriores, se podrá proceder a la obtención de órganos, una vez obtenida la correspondiente autorización judicial, según lo establecido en el artículo 9.5 de este real decreto.

Cabe destacar, la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia en España. Esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.

La eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de consciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica. [12]

II. AUTOPSIA PSICOLÓGICA

a. Historia de la autopsia psicológica y concepto

El origen de la autopsia psicológica se remonta a los años 50, concretamente el primer estudio se realizó entre 1956 y 1957 por Eli Robins junto con otras personas de la Universidad de Washintgon, en San Luis, quienes trabajaron en 134 casos de suicidios durante un año. En 1961, Edwin Scheidman y Norman Farberow, con la colaboración con el Centro de Prevención del Suicidio de los Ángeles, se acuñó el término Autopsia Psicológica para referirse al procedimiento utilizado para clasificar muertes equívocas. [13]

Robert Litman fué quien estableció el término “autopsia psicológica” como el método que investiga de manera retrospectiva rasgos de personalidad y estilo de vida que mantuvo el fallecido, teniendo como finalidad comprender las circunstancias de su muerte Aunque 1968 este término se utilizó por primera vez en la obra del Dr. Avery D. Weisman, titulada “The psychological autopsy: A study of the terminal phase of life”. [14]

La autopsia psicológica se define como un procedimiento para evaluar después de la muerte como era la víctima antes de la muerte. Se propone como una de las técnicas más pertinentes en la investigación, no solo de los suicidios consumados, sino también de aquellas muertes que, a pesar de contar con autopsia médico-legal, no han podido definir con precisión la causa de deceso. Dicha técnica permite investigar la relación existente entre los factores de riesgo y el suicidio como tal, teniendo en cuenta aspectos que llevan a una interpretación de la muerte evaluando variables sociodemográficas, características personales y familiares, y factores psicopatológicos. Se realiza mediante el análisis de entrevistas y recolección de datos, que permiten reconstruir características de

personalidad y estilo de vida del occiso, abordando el pasado de la víctima de manera indirecta, a través de información referida por terceras personas vinculadas al fallecido. [15]

b. Objetivos

El objetivo principal es determinar las circunstancias exactas del modo de la muerte, comprender el mecanismo de producción del deceso y determinar la intención del occiso en cuanto a su propia muerte.[16]

Son varios los objetivos que persigue la autopsia psicológica, siendo los más importantes: [17]

1. Identificar y establecer la manera de muerte: natural, accidental, suicidio y, homicidio; en casos que requieran ser distinguidos.
2. Indagar el momento y el tiempo en el cual se produjo la muerte. Analizando las diferentes etapas y circunstancias de la víctima, vinculándolas a las posibles causas de la muerte.
3. Identificar el historial de conductas autodestructivas, con lo cual se previene dichos intentos y la peligrosidad si los llegara a tener.
4. Abordar con fines terapéuticos a la familia y todo su entorno. Refiriendo sentimientos y pensamientos que mantenía el fallecido, lo cual genera un efecto de catarsis.

Otro de los objetivos que realizaremos en este documento es:

5. La realización de una investigación prospectiva y búsqueda de los elementos predictivos en la violencia grave contra la mujer en la pareja a través de la modificación de la escala de predicción del de riesgo de violencia de grave contra la pareja (EPV-R).

c. Utilidad

La autopsia psicológica tiene como utilidad establecer la causa de la muerte y averiguar si se trata de un suicidio, homicidio, asesinato o muerte accidental. [18]. Se realiza un análisis *post mortem* donde se hará una indagación retrospectiva de varias fuentes de información primarias y secundarias que permitirán determinar actitudes y características de la víctima antes del deceso. Por tanto, la autopsia psicológica se basa principalmente de dos fuentes de información: documentos vinculados a la investigación judicial o policial llevados sobre un caso objeto de estudio e información proveniente de personas cercanas al fallecido (familiares, amigos, colegas, compañeros de estudios, parejas) que puedan acreditar y verificar el desenvolvimiento del sujeto en múltiples áreas (historia vital,

relaciones familiares, relaciones sentimentales, enfermedades físicas y/o mentales, hábitos y costumbres, relaciones con hábitos tóxicos, modo de reacción antes situaciones de estrés). Además, puede ser aplicada en varios contextos: casos de mala praxis clínica, investigación epidemiológica, aclaración de muertes equívocas, determinación de la capacidad testamentaria, determinación de accidentabilidad laboral, resolver compensaciones o pago de pólizas de seguro de vida, investigación de delitos e intereses comunitarios. [16]

d. Metodología

La autopsia psicológica se centra en una metodología con el objetivo de obtener información del fallecido, otorgando especial importancia al concepto de letalidad o el papel que el fallecido juega en su propia muerte, detalles del deceso y cualquier otra información adicional. [16]

A continuación, se describirán las fuentes de información, instrumentos, recursos, procedimientos y el formato de informe pericial en el cual se reflejará los resultados obtenidos en el proceso.

Como hemos comentado en apartado anteriormente, al ser un proceso retrospectivo requiere información de varias fuentes, clasificándose en:

- **Personales:** Toda información proporcionada por allegados del fallecido: familia, pareja sentimental, amigos, compañeros de trabajo o estudios realizados. Se incluye también comunidades religiosas, políticas, etc. Adicionalmente, se debe de considerar médicos y profesionales de la salud los cuales el fallecido ha acudido previo a su deceso.
- **Documentales:** Pueden ser todo tipo de documentos formales e informales. Dentro de los formales encontramos informes médicos, cuenta bancaria (últimos movimientos y liquidez), registros oficiales como antecedentes policiales, informe de la autopsia, documentos de los últimos negocios o actos jurídicos realizados por la víctima. Respecto a los documentos informales que hacen referencia a la víctima pueden ser: nota de suicidio, cartas, diarios, dibujos, escritos a mano, archivos grabados que puedan revelar ideas y sentimientos de la víctima respecto a la muerte o la posibilidad del suicidio. También, se puede recurrir a los recursos tecnológicos como: correo electrónico, redes sociales, celular, mensajes de texto, discos extraíbles, memorias, ordenador, etc.
- **Escena de la muerte:** se trata del espacio donde se ha producido el deceso, ofreciéndonos información sobre en qué situación está la víctima. Además, nos brinda elementos relacionados a la víctima y la probabilidad de presuntos agresores.

En la **metodología** para realizar una autopsia psicológica encontramos como instrumento principal la entrevista. Los tipos de entrevista usados son: entrevista abierta, entrevista semiestructurada y la estructurada. La **entrevista abierta** se define como el encuentro directo donde el investigador se reúne con el informante, teniendo como objetivo recaudar información mediante las perspectivas que tiene el informante sobre el fallecido [19]. La **entrevista semiestructurada**, se basa en preguntas planeadas y ajustadas en relación con el entrevistado. La **entrevista estructurada** consta de preguntas específicas que se realizan a todos los participantes de la misma forma y secuencia, presentando una alta objetividad y seguridad al estandarizar los resultados [20].

Respecto al procedimiento, es necesario reunir información de la persona fallecida mediante varias fuentes, como entrevistas a personas cercanas al fallecido, revisión de sus objetos personales para poder reconstruir el estilo de vida que mantenía el individuo antes de su muerte. El proceso para realizar una autopsia psicológica se basa en 5 fases:

1. Solicitud de una evaluación psíquica retrospectiva. La autopsia psicológica inicia a raíz de la petición realizada por un órgano judicial ante la necesidad de esclarecer la muerte del occiso. Esta petición va dirigida a expertos en la materia quienes mediante una reunión con los solicitantes se informan a profundidad sobre el caso para así poder plantear hipótesis de una posible causa de muerte y dar una respuesta al petitorio.
2. Determinar si el experto cuenta con conocimientos y experiencia para la resolución del caso. Una vez analizado el caso, se realiza un análisis introspectivo de la situación, en la cual el perito determina si es apto para llevar a cabo la intervención, planteando así también una posible ruta de actuación de acuerdo con la información recibida. Es necesario que el profesional que asuma el caso, aporte información objetiva y científica necesaria para esclarecer el hecho [18].
3. Esquema y calendario de actuación. Una vez que el experto asume el caso, se realiza un análisis más profundo de la información, con el fin de establecer tiempos, metodología e instrumentos a utilizar. A pesar de ser un proceso que cuenta con un esquema de intervención previamente establecido, durante la ejecución puede presentar varias modificaciones de acuerdo con los requerimientos que se evidencien en la práctica.
4. Desarrollo de la investigación . Al iniciar el proceso de la autopsia psicológica, el profesional no se direcciona a la obtención de un resultado, sino que, mediante las intervenciones realizadas a las fuentes establecidas busca aclarar aspectos retrospectivos de la vida del fallecido.

Para esto es importante que las personas que ejecuten la autopsia psicológica estén dotadas de conocimientos no sólo del campo psicológico y del estado mental del sujeto, sino también de todas las áreas forenses que le permitan diferenciar indicios en las escenas del suceso [16].

5. Elaboración del informe forense .En esta punto del proceso, los profesionales deben contar con criterios que permitan redactar adecuadamente el informe solicitado, considerando: el área de aplicación y el objetivo que tiene esta investigación para así poder determinar si la intervención estará encaminada a esclarecer muertes dudosas, prevenir suicidios o asesorar a investigadores y funcionarios de justicia para tomar una decisión dentro del ámbito en que se desarrollen.

En cuanto a la estructura del informe forense la información obtenida mediante la aplicación de la técnica debe ser reflejada en un informe pericial dirigido a las autoridades. Y debe contar los siguientes apartados:

- **Introducción:** Incluyen datos personales del profesional que realizará la intervención, del sujeto a evaluar y de las personas informantes que se encuentran involucradas como fuentes de información en el proceso establecido.
- **Información contextual:** Comprende la metodología establecida para llevar a cabo el procedimiento, descripción de los hechos y fuentes usadas en la investigación.
- **Evaluación y desarrollo de la investigación:** Detalla las técnicas e instrumentos utilizados; datos obtenidos de las fuentes, priorizando la información más relevante.
- **Consideraciones forenses:** Argumenta los fundamentos científicos que servirán de base para justificar la realización de la investigación y el uso de los distintos métodos y técnicas.
- **Conclusiones y recomendaciones:** Enuncia las respectivas conclusiones y recomendaciones, acorde a la información obtenida mediante la intervención y análisis de datos y referencias brindadas por las fuentes indagadas.

e. Modelos de autopsia psicológica

Existen distintos modelos de autopsia psicológica que permiten establecer metodologías diferentes para la aplicación de la autopsia psicológica. Cada modelo cuenta con su propia estructura, la cual algunos se basan en la información subjetiva obtenida mediante las entrevistas y otros se guían por datos objetivos obtenidos durante el proceso. En general, el estudio se basa en el análisis de la

escena de los hechos y se desarrolla alrededor y en función del cadáver de la persona fallecida.

En la actualidad, se manejan dos enfoques metodológicos, los cuantitativos y cualitativos, ambos siguen un proceso de acuerdo con el enfoque que desea mantener el investigador. Los modelos cuantitativos se emplean para muestras grandes de estudio, comprendiendo una investigación con visión psiquiátrica, como por ejemplo el estudio del suicidio. Esta visión emplea pregunta cerradas, con opciones múltiples o escalas tipo Likert. En cambio, los modelos cualitativos evalúan la realidad intrapsíquica de la persona, sin generalizar el vivenciar individual del sujeto evaluado.

En el contexto latinoamericano, los modelos más conocidos son:

- **Modelo de Robert Litman y Schneidman**

Consta de una evaluación retrospectiva post-mortem en la que tiene como fin la búsqueda de establecer las características de la personalidad y las condiciones que en vida tuvo el fallecido, para así comprender y determinar las causas de la muerte. [21]. Dentro de este modelo, se desarrolló un protocolo de entrevista abierta y semi-estructurada, que permite adquirir información de acuerdo con los objetivos establecidos, al iniciar el procedimiento y así abarcar las siguientes puntos de interés: [22]

- Información personal del occiso.
- Detalles de la muerte.
- Historia familiar.
- Historia de muertes familiares.
- Modelos familiares de reacción frente al estrés.
- Problemas del pasado.
- Antecedentes de consumo de sustancias tóxicas (alcohol y drogas) en el ámbito familiar.
- Relaciones interpersonales.
- Fantasías, sueños y pensamientos sobre la muerte.
- Cambio de hábitos.
- Rutinas antes del suceso de muerte.
- Información que plasme los planes de vida.
- Evaluación de la intención suicida.
- Tasa de letalidad.
- Reacción de las personas que recibieron la noticia de muerte.
- Información extra que favorezca a la investigación.

Litman y Schneidman mantienen esta técnica que debe ser tan objetiva como una autopsia médico-legal, para así proporcionar la información necesaria que permita establecer la causa real de una muerte incierta.

- **Modelo de Annon**

Este modelo se trata de una versión planteada por Annon en 1995, en la cual se incrementa el análisis de la escena del crimen, estudio de documentos, pertenencias del occiso y entrevistas con fuentes cercanas a la víctima. En este modelo se plantea los siguientes puntos: [23]

- Examen exhaustivo de la escena donde sucedieron los hechos.
- Estudio de la documentación relacionada al suceso, en donde se incluye los documentos policiales, declaración de personas que presenciaron el hecho e informes médico forense requeridos.
- Documentos que proporcionen información sobre la vida del fallecido antes del suceso, incluyendo datos personales, historial médico, información escolar y laboral.
- Realización de entrevista con los allegados al fallecido, familia, compañeros de trabajo y personas que fueron testigo de los hechos.

Es necesario, dedicar aproximadamente de 20-30 horas de investigación para poder obtener una perspectiva sobre el estado mental del individuo previo al suceso, estableciendo un periodo de hasta seis meses en donde las personas entrevistadas y mantienen nitidez de los acontecimientos y que la información obtenida sea fiable. Un caso contrario puede ser el estado de duelo que presenta la persona, por lo que, puede inferir en la objetividad del recuerdo. Para la intervención se debe de contar con al menos tres fuentes y deben ser seleccionadas de acuerdo al vínculo que mantuvieron con el fallecido (prioridad a los familiares, amigos, compañeros del trabajo, pareja sentimental).

- **Modelo de Herrera y Coronado.**

Herra y Coronado en 2013, plantearon un modelo utilizando la sociometría conductual, la cual hace referencia a un procedimiento donde los individuos tienen la capacidad de aportar información básica sobre su red social, las relaciones entre las personas que la conforman y también información sobre aquellas con quien no tiene cierta afiliación [24].

A través de la sociometría se indaga la interacción y la composición de la estructura social de una persona que ha sido establecida como sujeto de investigación, para así comprender la dinámica de dichas redes y la identificación de patrones comportamentales.

En este modelo, se destaca su utilidad ante un fallecimiento de causas no determinadas. También establece que la intervención y recopilación de datos mediante los informantes debe establecerse dentro de un tiempo que permita la adecuación del duelo y labilidad emocional.

Se analizará la conducta del occiso mediante mapas socio-conductuales y mapas sociocognitivos, es decir, a través de la información brindada por los vínculos cercanos al fallecido para así esclarecer los factores casuales o precipitadores del suceso mortal. Caben mencionar, otra técnica sociométrica llamada "Roster rating" en donde al entrevistado se le proporcionan varias imágenes de las personas cercanas al fallecido para que posteriormente categorice en una escala de 7 puntos, la influencia de dicho sujeto sobre la muerte del occiso. [25]

Para la realización de la autopsia psicológica se encuentran los siguientes pasos:

- Asignación-aceptación de caso.
- Ubicación y registro de informantes.
- Registro de los formatos de inicio del procedimiento.
- Selección más elección de las técnicas de sociometría conductual a utilizar.
- Aplicación de las técnicas sociométricas elegidas para el caso.
- Tratamiento de datos.
- Configuración el informe.

En este modelo, es fundamental la participación de individuos allegados a la víctima, quienes a través de la intervención y recopilación de datos brindarán pauta para ayudar y esclarecer la muerte del fallecido.

- **Modelo de Autopsia Psicológica integrado (MAPI).**

En latinoamerica y en otros países, es uno de los modelos más empleados. Fue creado en Cuba por la doctora Teresa García Pérez en el año 1990, este modelo está compuesto por cincuenta y nueve apartados y cuenta con los siguientes puntos: [26]

- Revisión del expediente policial, médico legal y expediente del fiscal.
- Inspección del lugar del hecho realizando un examen detallado, de reconocimiento y levantamiento de los indicios de huellas psicológicas (documentos, música, dormitorio, ordenador, redes sociales, ropa).
- Consulta con los investigadores de la policía y médicos forenses.
- Entrevistas a los allegados del fallecido, con son: familiares, amigos íntimos, compañeros del trabajo, relaciones sentimentales, personas que mantuvieron el contacto directa e indirectamente. Estas entrevistas son

individuales, privadas y se debe de contar con un consentimiento informado.

Cabe destacar que las principales áreas que aborda este modelo son la valoración de los factores de riesgo suicida, de riesgo heteroagresivo o riesgo de accidentalidad, valoración el estilo de vida del fallecido, determinación del estado mental del occiso en el momento de la muerte, establecer las áreas de conflicto y motivacionales, diseñar el perfil de personalidad del occiso, determinación si existían señales de aviso presuicida y determinación si existía un estado presuicida.

Este modelo de autopsia psicológica presenta las siguientes características principales:

- Mantener una estructura y sistematización establecida.
- Centrarse en un cuestionario cerrado evitando el sesgo del evaluador, comprobable y verificable por terceros.

Dicho enfoque permite obtener información de fuentes personales y documentales proporcionando un método de alto grado de confiabilidad.

f. Autopsia psicológica aplicada en el suicidio

El modelo de Autopsia Psicológica en el ámbito del suicidio por excelencia es el **MAP-I (Modelo de Autopsia Psicológica para Suicidas)**. Se trata de un modelo estructurado y sistematizado, disminuyendo así el riesgo de sesgo, verificado por terceras personas y garantizar su valor como prueba pericial. [27]

El suicidio se define como una conducta que corresponde al acto de matarse de manera intencional e inequívoca. Esto implica diferenciarlo de un accidente, el cual se considera un hecho inesperado, imprevisto y no intencional. Shneidman en 1999, define el suicidio como el acto de lesionarse con la intención de acabar con la vida de manera consciente e inconsciente. Existen documentos, que sugieren que el fin de una persona suicida no es morir primariamente sino resolver sus problemas vitales, los cuales le causan dolor. Gracias a la información retrospectiva de la personalidad y la vida de la persona fallecida, utilizando un método indirecto, podemos llegar a obtener información sobre el fallecido a través de terceras personas que en vida lo conocieron íntimamente (familiares, convivientes, amigos, vecinos, compañeros de trabajo). Además de la revisión de documentos personales (notas, diarios, cartas) y oficiales (historias clínicas, expediente escolar, laboral) del suicida. [28]

Dentro del concepto del suicidio, hay que tener claro los siguientes términos: [29]

- **Ideación suicida.** Se basa en el pensamiento de quitarse la vida, el cual presenta diferentes niveles de estructuración que repercuten en los planes o intentos:
 1. Fantasía de muerte, es decir, la persona “no quiere estar en el lugar”.
 2. Idea de muerte semiestructurada, la persona imagina posibilidades de como quitarse la vida manteniendo una idea vaga.
 3. Idea de muerte estructurada, la persona tiene la idea clara de cómo ejecutar el suceso, hora, lugar, carta... .
- **Potencial suicida.** Se trata de la estimación de los factores de riesgo relacionados con la persona y probabilidad de morir debido a un suicidio.
- **Peligrosidad suicida.** Análisis de los medios usados para el suicidio, la letalidad y accesibilidad.
- **Suicidio ganancial.** Se define como un patrón de comportamiento voluntario, activo, con la intención de hacerse daño sin existir voluntad expresa de morir, cuya realización pone en peligro la vida del individuo.
- **Parasuicidio.** Son actos involuntarios donde el descuido de la persona pone en riesgo su vida. Como, por ejemplo: toxicomanías, accidentes debido a irresponsabilidad personal, conductas sexuales de alto riesgo, no adherencia del tratamiento en enfermedades graves.

La conducta suicida consumada cada vez es más prevalente, está superando las muertes por accidente de tráfico. Es un fenómeno complejo en cuyo origen interviene factores del propio sujeto (psicológicos, biológicos) y del entorno (sociales, culturales). Esto hace que cualquier acercamiento debe ser amplio (por los numerosos factores que intervienen), exhaustivo (por los matices que hay dentro de cada factor) y metodológicamente correcto. Por tanto, es una peritación, un instrumento procesal y, por ello, debe realizarse con las garantías que estipula la Ley Procesal, bien porque le interese a la Autopsia Judicial competente o a la partes interesadas en el procedimiento. [30]

Hay que aclarar que lo pericial es éticamente incompatible con lo clínico-asistencial. Es decir, que quien hace un peritaje no puede ser el mismo profesional de la asistencia peritaje manifestándose como perito que haya atentado a esa persona en consulta. Además, hay que considerar que cuando se lleve a cabo el peritaje, por parte del forense, debe insistir en actuar con delicadeza para que la familia no se sienta invadida o cuestionada en su dinámica, hasta el punto de producir una victimización secundaria, añadida a la que ya padecen la familia por la pérdida del ser querido.

Por otro lado, la nota suicida, como documento tiene un valor de prueba, lo cual implica que debe ser considerada con objetividad e imparcialidad para evitar sesgos o manipulaciones que puede afectar a la investigación del caso. Debe ser custodiada por personal policial y/o forense para minimizar fallos en la investigación o poner en cuestión la autenticidad de esta misma.

La autopsia psicológica, considerada como método de trabajo ante muerte dudosa o posible suicidio, tiene como objetivos como aumentar la exactitud de las certificaciones, ofrecer indicaciones que el investigador puede emplear para evaluar el propósito letal de personas vivas y postvención o función terapéutica con los familiares.

En cuanto a la metodología, deberemos aclarar los siete aspectos claves de la muerte que se está examinando (modificado de Scott y cols): [31]

1. Causa de la Muerte. ¿Qué agente físico o instrumento provocó la muerte?
2. El mecanismo fisiopatológico. Explicación de la Muerte.
3. El modo. En este caso, recurrimos a la clasificación NASH de Shneidman: natural, accidental, suicidio u homicidio.
4. El motivo. Explicar la circunstancias que condujeron a la muerte al sujeto.
5. La intención. ¿Qué propósito perseguía el sujeto cuando realizó la acción?
6. La letalidad. Clasificación de la letalidad de la acción nos ayuda a entender la certeza que tenía el sujeto sobre la probabilidad de alcanzar su muerte.
7. Suicidio con juicio de realidad conservado versus sin juicio de realidad.

Ante la ausencia de la principal fuente de información, el propio sujeto, hemos de entrevistar a las personas cercanas del fallecido. Un modelo de entrevista para la autopsia psicológica puede ser una entrevista semiestructurada (ESAP), como se muestra en la siguiente tabla [30]:

<p>Módulo primero – Precipitantes y Estresores</p> <p>Paso 1: ¿Hay algún evento inmediato que esté relacionado con el hecho?</p> <p>Paso 2: ¿La reacción del fallecido ha demostrado que el evento ha causado implicación afectiva o frustración lo suficientemente estresante para causar modificaciones conductuales que le hayan podido conducir hasta el suicidio? Especificar.</p> <p>Paso 3: ¿Podría haber otros eventos que también hayan influido en la decisión de suicidarse?</p> <p>Paso 4: Decisión final.</p> <p>Módulo Segundo – Motivación</p> <p>Paso 1: ¿Hay fuerzas y/o razones psicológicas (en vida) para desear morir?</p> <p>Paso 2: ¿Hay problemas psicosociales, ambientales o eventos lo suficientemente graves como para tomar la decisión de acabar con ellos?</p> <p>Paso 3: ¿Hay síntomas de disfunción biopsicosocial que pudieran explicar la acción?</p> <p>Paso 4: ¿Hay rasgos característicos de personalidad que puedan constituir un patrón de una no-confrontación existencial?</p> <p>Paso 5: ¿Hay antecedentes familiares o de otro tipo que pudieran ser considerados predisponentes para el acto suicida?</p> <p>Paso 6: ¿Podiera haber otras razones que pudieran explicar mejor el hecho?</p> <p>Paso 7: Decisión final.</p> <p>Módulo Tercero – Letalidad</p> <p>Paso 1: ¿Ha utilizado un método letal?</p> <p>Paso 2: ¿Hay signos sugerentes de que el método ha sido posiblemente auto-infligido?</p> <p>Paso 3: ¿Habría tenido conocimiento y/o capacidad de evaluar el grado de letalidad del método utilizado?</p> <p>Paso 4: ¿Era accesible el método o sería fácil obtenerlo?</p> <p>Paso 5: Decisión final.</p> <p>Módulo cuarto – Intencionalidad</p> <p>Paso 1: ¿Hay evidencia de que el fallecido pudiera haber ejecutado un papel directo y consciente para llevar a cabo su propia muerte?</p> <p>Paso 2: ¿Ha mostrado el fallecido en sus actos interpersonales, signos verbales y/o conductuales, indicaciones del propósito del intento de suicidarse como solución a sus problemas?</p> <p>Paso 3: ¿Hay en el estilo de vida alguna implicación en actividades que pudieran ser peligrosas o dañinas para la salud y pudieran demostrar deseos o intención de morir?</p> <p>Paso 4: ¿Ha hecho recomendaciones, realizado arreglos, distribuido objetos, hecho testamento, escrito cartas o notas, o ha realizado otras conductas sugerentes de un posible suicidio?</p> <p>Paso 5: ¿Ha elegido lugar, hora, día y método sugestivo de la objetivación de un acto autolesivo, como única opción disponible?</p> <p>Paso 6: ¿Es posible la justificación del acto autolesivo por una situación insostenible y/o altruismo?</p> <p>Paso 7: ¿Habría otra evidencia que pudiera explicar mejor la posibilidad de existir una intencionalidad para lo sucedido?</p> <p>Paso 8: Decisión final.</p>

Tabla: Entrevista semiestructurada para la Autopsia Psicológica

También en la autopsia psicológica puede incluirse otras categorías, como:

1. Información que identifique a la víctima (nombre, edad, dirección, estado civil, prácticas religiosas, empleo, otros detalles).
2. Detalles de la muerte (incluyendo la causa o métodos y otros aspectos pertinentes).
3. Breve resumen de la historia de la víctima (hermanos, matrimonio, enfermedades médicas, tratamientos, psicoterapia, intentos de suicidio previos).
4. Historial de muertes de la familia de la víctima (suicidios, cáncer, otras enfermedades fatales, edades en el momento de la muerte y otros detalles).
5. Descripción de la personalidad y estilo de vida de la víctima.
6. Patrones típicos de reacción al estrés, los trastornos emocionales y periodos de desequilibrio de la víctima.
7. Cualquier enfado, presión, tensión o anticipación de problemas recientes (pocos antes, a los 12 últimos meses de vida).
8. Papel de alcohol y las drogas en el estilo global de la vida de la víctima y su muerte.
9. Naturaleza de las relaciones interpersonales de la víctima (incluyendo las interacciones con los médicos).
10. Fantasías, sueños, pensamientos, premoniciones o miedos de la víctima relacionados con la muerte, accidentes o suicidios.
11. Cambios en la víctima anteriores a la muerte (de hábitos, aficiones, patrones de alimentación, sueño, sexualidad y de otras rutinas).
12. Información relacionada con el lado de la víctima (mejoras, éxitos, planes).
13. Evaluación de la intención, ósea, el papel de la víctima en su propio fin.
14. Estimación de la letalidad (dimensión atribuida que refleje el propósito letal del individuo en su muerte).
15. Reacción de los informantes a la muerte de la víctima.
16. Comentarios, características especiales.

El conocimiento sobre las causas del suicidio está en continuo movimiento y crecimiento. Esto hace que los protocolos de recogida de datos se actualicen constantemente, y con ello deben de estar actualizaos en consonancia con el avance científico sobre la materia. A continuación, se ofrece una lista sobre la información básica a recoger: [32]

Identificación del entrevistado	<ul style="list-style-type: none">- Nombre.- Edad.- Relación con el fallecido.- Tiempo transcurrido desde el fallecimiento
---------------------------------	---

Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Sexo. - Lugar de residencia.
Trayecto vital	<ul style="list-style-type: none"> - Sitios en los que vivido. - Nivel educativo. - Historia laboral. - Ganancias/situación económica. - Aficiones. - Religiosidad/creencias.
Entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura familia origen. - Estado civil y relaciones previas. - Hijos. - Convivencia. - Relaciones sociales.
Antecedentes médicos	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos. - Tratamientos. - Especial atención a dolor crónico, enfermedades terminales o incapacitantes funcionalmente.
Antecedentes psiquiátricos	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos previos. - Tratamientos recibidos: farmacológica/psicoterapéutico, dosis, respuesta, cumplimiento. - Hospitalizaciones. - Seguimientos. - Antecedentes psiquiátricos familiares.
Contactos con servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Fechas. - Motivos de contacto. - Personal con el que contactó. - Relacionados con el suicidio.
Cambios significativos en los meses previos	<ul style="list-style-type: none"> - Aspecto. - Cambios clínicos. - Rendimiento/funcionalidad. - Verbalizaciones autolíticas.

	<ul style="list-style-type: none"> - Donaciones. - Cambios en el testamento. - Preparación del funeral.
Factores estresantes recientes	<ul style="list-style-type: none"> - Eventos traumáticos. - Fallecimientos recientes. - Problemas legales. - Suicidios recientes en su entorno. - Aniversarios o fechas significativas.
Escalas estandarizadas	<ul style="list-style-type: none"> - Impulsividad. - Agresividad. - Hostilidad. - Riesgo suicida. - Dimensiones psicopatológicas: ansiedad, depresión, manía, psicóticos. - Escalas diagnósticas.
Hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> - Sustancias consumidas. - Cantidades habituales y máximas. - Vías de administración/consumo. - Periodos de abstinencia.
Detalles sobre la muerte	<ul style="list-style-type: none"> - Método. - Lugar. - Disponibilidad del método. - Comunicaciones previas. - Descripción de la nota de despedida.
Antecedentes de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> - Personales y familiares/del entorno. - Fechas. - Métodos empleados. - Atención que recibió. - Actitud ante el suicidio. - Acceso a métodos legales.

III. VIOLENCIA GRAVE CONTRA LA MUJER

En la 49ª Asamblea general celebrada en Ginebra en 1996, la OMS reconoció la violencia como un grave problema de salud pública, identificándola como factor crucial en el deterioro de la salud. Dos años después, la OMS declaró la violencia doméstica como prioridad internacional para los servicios de salud. [33]

En el estado español y según la Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, al referimos a violencia de género, nos referimos a aquella violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre las mismas por parte de quien sean o hayan sido sus cónyuges o de quien están o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, incluso sin convivencia”. [34].

En nuestra comunidad autónoma, Illes Balears, para dar más efectividad a la garantía y promoción de la igualdad se dictó la Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad entre mujeres y hombres, la cual se instaura un concepto más amplio a través del concepto de violencia machista. En el artículo 65, se establece que: [35]

1. Se entiende por violencia machista, a efectos de la Ley, como la manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, que se ejerce sobre éstas por el hecho mismo de ser mujeres.
2. Comprende cualquier acto de violencia en razón de sexo que pueda tener como consecuencia, un perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica, e incluye la coerción, las amenazas de estos actos y privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida privada como en la pública.
3. A los efectos de esta Ley, se consideran víctimas los hijos y los hijas de la madre víctima de violencia de género.

Se deben de conocer los siguientes conceptos, antes de definir el concepto de violencia de género:

- La violencia es “el uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (definición del Informe Mundial sobre Violencia y Salud de 2002 de la OMS). [36]
- La violencia doméstica o familiar, se define como a los malos tratos o agresiones físicas, sexuales, psicológicas o de otra índole, causadas por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más

vulnerables de la misma (personas de edad avanzada, mujeres o menores). [37]

- Respecto, la violencia de pareja incorpora las agresiones de violencia realizadas en el ámbito privado en el que el agresor (generalmente varón), tiene una relación sentimental con la víctima.

Tener en cuenta que el uso de la violencia y la situación de dominio del agresor es habitual para poder ejercer un sometimiento y control en su víctima.

La violencia de género (VG), se define como la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres (estatus de dominación masculina). Dentro de la violencia de género, se incluye la violencia psicológica, sexual y física más la existencia de amenazas, privación de libertad o coacción, que sucede en la vida privada o pública y que por el hecho de ser mujer, es el principal factor de riesgo. En la violencia de género, los casos más frecuentes son aquellos en los que el agresor o maltratador actualmente tiene o ha tenido una relación afectiva de pareja con su víctima. La violencia puede adoptar varias formas, que pueden presentarse de manera simultánea o por separado: [37,38]

- **Violencia psicológica:** se define como conducta prolongada e intencionada en el tiempo, que atenta contra la integridad emocional y psíquica de la mujer y contra su dignidad como persona. El objetivo de dicha violencia es la imposición de pautas de comportamiento en la relación de pareja. Las manifestaciones que se pueden presentar son las amenazas, humillaciones, insultos o vejaciones, imposición de obediencia, culpabilización, aislamiento familiar y social, coacción de libertad, control económico, rechazo o el abandono, chantaje emocional. Este tipo de violencia no es tan visible como la física, por tanto, es difícil la identificación de este tipo de maltrato. Todo ello con lleva el miedo en la mujer, incapacidad para la toma de decisiones y pérdida de autoestima.
- **Violencia física:** se trata de cualquier comportamiento que ejerce el uso deliberado de la fuerza en el cuerpo de la víctima, con intención de ocasionar lesión, dolor o daño. Las posibles manifestaciones de dicha conducta pueden ser bofetadas, puñetazos, heridas por abrasión, patadas, pudiendo llegar a producir hematomas, fracturas, quemaduras, heridas, cortes, lesiones de órganos internos, lesiones irreversibles o la muerte.
- **Violencia sexual:** se define como cualquier acto de intimidad sexual forzada cometida con violencia, amenaza o coacción. Comprende cualquier comportamiento sexual impuesto contra la voluntad de una persona, por parte de su pareja o por otras personas:

- Agresiones sexuales sin contacto corporal: exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo o por teléfono, gestos, observaciones y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso, proposiciones sexuales indeseadas.
- Agresiones con contacto corporal: tocamientos, caricias, masturbación del agresor, obligación de adoptar posturas que la mujer considera degradantes.
- Agresiones sexuales con violación: penetración (o tentativa de penetración) genital, anal, o bucal, sea con órgano sexual, con los dedos o cualquier objeto.

La violencia de los hombres hacia la mujer suele comenzar de forma silenciosa e insidiosa por lo que es difícil identificarla, incluso la propia mujer y va gradualmente aumentando en frecuencia e intensidad. Existe un ciclo de la violencia definido por Leonor Walker en 1984, donde consta de 3 fases: [39,40]

- **Fase de acúmulo o generación de tensión:** es una escalada gradual de irritabilidad por parte del agresor, sin motivo comprensible para la víctima, con discusiones donde aparecen la violencia verbal y situaciones premonitorias de agresión física. Es una fase en la que la mujer intenta prevenir que la futura violencia sea menos grave.
- **Fase descarga de la tensión:** estalla la violencia con agresión física, psíquica y/o sexual. En esta fase suele ser donde la mujer denuncia o pide ayuda.
- **Fase de reconciliación o “luna de miel”:** en este punto desaparece la violencia y la tensión y se inicia por parte del agresor estrategias de manipulación afectiva y falso arrepentimiento, lo cual hace difícil la decisión de la víctima de romper con la situación.

Cuando se finaliza la fase de “luna de miel”, este ciclo de violencia vuelve a empezar. La diversas continuadas repetición de ciclos, hace que la última fase desaparece y, en muchos casos, también se pierde fase de acúmulo de tensión, por lo que al final se está en continua fase de violencia.

Respecto a las repercusiones de la violencia machista en la salud en las mujeres, los efectos que puede provocar la violencia en el estado de salud de las víctimas son desastrosas, llegando a ser mortales. Por tanto, debemos de pensar en las siguientes consecuencias: [41]

- Lesiones como hematomas, traumas, heridas, quemaduras que puede producir invalidez de por vida.
- Consecuencias fatales, como la muerte y el suicidio.
- Enfermedades crónicas: hipertensión, Síndrome de intestino irritable, migrañas, cefaleas.

- Problemas de salud sexual y reproductiva: trastornos mentales, enfermedades de transmisión sexual incluyendo la infección del VIH, fibrosis vaginal, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado. Relacionado con el maltrato durante el embarazo pueden ser: embarazo de alto riesgo, mayor mortalidad materna, muerte fetal, bajo peso al nacer, mayor mortalidad perinatal, hemorragia vaginal, parto prematuro.
- Consecuencias a nivel psicológico: depresiones, insomnio, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia), intento de suicidio, autolesiones, abuso de alcohol, drogas, toma de psicofármacos y dependencia emocional.
- A nivel social: aislamiento social, pérdida de ocupación y absentismo laboral.

a. Personal sanitario ante la violencia contra la mujer

La Organización Mundial de la Salud (1998), en su informe Violencia contra las mujeres, recomienda al personal sanitario que pregunten a las mujeres con sospecha de sufrir violencia. Esto es debido a que la mayoría de las mujeres están preparadas para contar sus episodios de los malos tratos cuando se les pregunta de forma concisa, directa y no valorativa. En el siguiente párrafo, mostraremos las funciones mínimas que define las OMS que tiene que desarrollar el personal sanitario en consulta ante una situación de violencia contra la mujer: [42]

- Cuando sea posible, debemos de preguntar a todas las mujeres si existe violencia con regularidad como tarea habitual. Esta pregunta se puede realizar como tarea preventiva cuando la mujer viene por un motivo de salud.
- En caso de que haya indicativos de signos y síntomas de violencia, se debe de anotar en la historia clínica, estar alertas y realizar un seguimiento de la víctima.
- Registro de los acontecimientos en la historia clínica y ofrecerle atención sanitaria integral.
- Concienciarla que sus problemas de salud y malestar son consecuencia de la violencia que está sufriendo y del miedo.
- Derivar e informar a las mujeres los recursos disponibles que tienen a su disposición a su alrededor.
- Llevar con discreción y mantener en confidencialidad y privacidad de la información obtenida por ellas y respetarlas.
- Apoyar y empoderar a la mujer a lo largo del proceso de salida de la violencia, respetando siempre su propia evolución y sus tiempos.

- Evitar culpabilizar y tener actitudes insolidarias, ya que pueden fomentar su aislamiento, dificultar la evolución de cambio en la mujer, minimizar su confianza en ellas misma y disminuir la probabilidad de que busquen ayuda.
- Implantar una coordinación multidisciplinar con profesionales sanitarios e instituciones.
- Cooperar en evaluar e investigar el problema de la violencia de la mujer a través del registro de casos en el Instituto de Nacional de Estadística (INE) o en las macroencuestas de violencia de género.

Los profesionales de salud se comunican con una inmensa cantidad de víctimas de violencia de género, por ello, es de importancia vital que el sector y ámbito sanitario proponga una solución ante a los problemas de la violencia contra las mujeres. Los servicios sanitarios, en concreto mediante el equipo de profesionales de la salud de atención primaria, los programas de atención a la salud sexual y reproducción y las consultas de atención especializada, tales como obstetricia y ginecología, salud mental, pediatría, adicciones, fisioterapia o traumatología, urgencias hospitalarias, entre otros, se localizan en una situación privilegiada para llevar a cabo la prevención, detección, atención y recuperación de mujeres en situación de violencia machista. Los recursos de accesibilidad, el contacto directo y continuo con los diversos colectivos de mujeres y el contar con equipos multidisciplinarios hacen de las consultas sanitarias un contexto idóneo para detectar a las mujeres en situación de violencia, así como para prevenir y frenar las consecuencias de la violencia en la salud y el bienestar de las mujeres. Hay un protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), el cual, tiene como objetivo general aportar conocimientos, unificar criterios, ofrecer orientaciones y recursos en casos de violencia machista a las y los profesionales de la salud en Illes Balears. En este documento, se hará una modificación del protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género a través del método de autopsia psicológica.

METODOLOGÍA

La detección precoz de la violencia de género es un aspecto clave en la lucha contra este problema debido a que puede evitar que la violencia se agrave y aumentar la supervivencia de la víctima. Para lograr la detección precoz de la violencia de género, es fundamental que los profesionales de la salud, la justicia y otros sectores relevantes estén capacitados para identificar las señales de alerta para abordar adecuadamente los casos de violencia de género.

Como profesionales en el ámbito médico-legal, es importante estar alerta a la posible presencia de violencia de género en las mujeres que atiende. La detección precoz es crucial para prevenir situaciones de violencia grave y proporcionar la ayuda necesaria a las víctimas.

Existen algunas señales que pueden indicar la presencia de violencia de género como lesiones repetidas o inexplicables, síntomas de ansiedad o depresión, cambios de comportamiento inexplicables, pérdida de interés en las actividades cotidianas, y expresiones verbales o no verbales de temor a la pareja. Es importante que, el médico forense debe de adoptar una actitud empática y no juzgadora hacia las mujeres que puedan estar sufriendola y proporcionándoles información sobre los recursos y servicios disponibles para ellas como servicios de asesoramiento, apoyo legal y protección. Es útil trabajar en colaboración con otros profesionales, como trabajadores sociales y psicólogos, para la proporción de una atención integral y multidisciplinaria a las mujer víctimas de violencia de género.

Para la prevención de violencia grave contrala mujer , una de las medidas más importante es la creación de protocolos y guías de actuación para la detección precoz y el abordaje de la violencia de género en los diferentes ámbitos profesionales.

En este trabajo vamos a elaborar una modificación de la escala de predicción de riesgo vital en la violencia grave contra la mujer (EPV-R) a través de la autopsia psicológica. [43]

El uso de la autopsia psicológica en violencia de género nos permite el estudio de una relación de “mujer oculta”, inclusión del estudio del perfil psicológico del hombre en casos tasados de violencia grave/muy grave/riesgo alto-extremo, conducta homicida y suicida. Además, permite conocer si existe correlación entre ambos y con ello, la obtención del conocimiento del problema y del proceso, adopción de medidas asistenciales en mujeres, adopción de medidas preventivas (la actuación policial y judicial) y adopción de medidas educativas a la población joven y adulta.

Esta modificación de escala tiene como principal objetivo la evaluación del riesgo en la violencia grave en mujeres que han sufrido o están en riesgo de sufrir violencia de género por parte de sus parejas o exparejas.

Nuestro papel como profesional, es estar capacitados para evaluar los factores de riesgo de cada caso individual, analizando la información proporcionada por la víctima y otros profesionales, y aplicando la escala de predicción para determinar el nivel de riesgo de violencia grave en cada caso.

Esta escala se basa en la identificación de factores de riesgo, como la presencia de antecedentes violentos en la relación, la posesión de armas, el abuso de drogas o alcohol, la depresión y el aislamiento social. Estos factores son utilizados para predecir la probabilidad de que una mujer sufra una agresión física grave en un futuro cercano. Por tanto, la escala presentada consta de 51 ítems y cada ítem contestara con un sí o un no. Para la valoración del riesgo de violencia grave sumamos todos los sí que haya y en función de cuantos salga tendremos una valoración y será:

- Riesgo bajo: 1-16.
- Riesgo medio: 17-34.
- Riesgo alto: 35-51.

A continuación, se muestra la propuesta y modificación de la escala de predicción de riesgo vital contra la violencia grave en la mujer.

Identificación del fallecido:

Identificación de la persona entrevista:

Identificación del entrevistador:

Fecha de la muerte:

Parentesco:

Fecha de la entrevista:

I. Datos personales de la víctima

1. Procedencia extranjera
2. Estado
3. Ocupación
4. Nivel educativo
5. Creencias religiosas

II. Datos personales del agresor

6. Procedencia extranjera
7. Estado conyugal
8. Ocupación
9. Nivel educativo
10. Creencias religiosas

III. Situación de la relación de pareja en los últimos 6 meses

11. Separación reciente o en trámites de separación.
12. Acoso reciente a la víctima o quebrantamiento de la orden de alejamiento.

IV. Tipo de violencia en los 6 últimos meses

- 13. Existencia de violencia física susceptible de causar lesiones.
- 14. Violencia física en presencia de las/los hijos/as u otros familiares.
- 15. Aumento de la frecuencia y de la gravedad de los incidentes violentos.
- 16. Amenazad graves o de muerte.
- 17. Amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo.
- 18. Intención clara de causar lesiones graves o muy graves.
- 19. Agresiones sexuales en la relación de pareja.

V. Factores de violencia actual

- 20. Violencia física
- 21. Violencia sexual
- 22. Violencia psicológica

VI. Perfil de agresor

- 23. Celos muy intensos o conductas controladoras sobre la pareja en los 6 últimos meses.
- 24. Historial de conductas violentas con una pareja anterior.
- 25. Historial de conductas violentas con otras personas(amigos/as, compañeros/as de trabajo, etc).
- 26. Consumo abusivo de alcohol y/o drogas.
- 27. Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamientos psiquiátricos o psicológicos.
- 28. Conductas frecuentes de crueldad, de desprecio a la víctima y de falta de arrepentimiento.
- 29. Justificación de las conductas violentas por su propio estado (alcohol, drogas, estrés) o por la provocación de la víctima.
- 30. Antecedentes de conflictos judiciales.
- 31. Antecedentes penales.
- 32. Estancia en prisión.
- 33. Ideación suicida
- 34. Víctima o testigo de violencia en la infancia o la adolescencia.
- 35. Minimización/justificación de la violencia en la relación de pareja por la interiorización de roles basados en diferencias de género.

VII. Perfil de la víctima.

- 36. Actitudes inconscientes que dificulten la protección.
- 37. La víctima piensa que en este momento es capaz de matarla.
- 38. La victima tiene acceso a recursos sanitarios, jurídicos y sociales que puedan facilitarle protección.
- 39. La victima tiene trabajo y vive en lugar en el que es difícil dale protección.
- 40. Trastorno relacionado con el consumo de sustancias.
- 41. Trastorno mental.
- 42. Ideación suicida.
- 43. Presencia de discapacidad.
- 44. Víctima o testigo de violencia en la infancia o adolescencia.

VIII. Vulnerabilidad de la víctima

- 47. Percepción de la peligro de muerte en el último mes.
- 48. Intentos de retirar denuncias previas o de echarse atrás en la decisión de abandonar o denunciar al agresor.
- 49. Vulnerabilidad de la víctima por razón de enfermedad, soledad o dependencia.

IX. Caracterización psicológica del entrevistado

- 50. Previos estudios de personalidad.
- 51. Acude al psicólogo o psiquiatría.
- 52. En caso de tomar meditación, algún cambio en el tratamiento.
- 53. Existencia de patrones de conducta.
- 54.

Esta escala de predicción de riesgo vital en la violencia grave de la mujer es una herramienta valiosa como medida preventiva para la violencia de género. Dicha escala, se basa en una evaluación exhaustiva de factores de riesgo y ayuda a los profesionales a identificar a las mujeres que están en mayor riesgo de sufrir lesiones graves o incluso la muerte.

La aplicación de la escala permite a los profesionales de la salud, a los cuerpos y fuerza de seguridad, los trabajadores sociales y otros expertos en la materia tomar decisiones informadas y estratégicas para proteger a las mujeres en situaciones de alto riesgo. Además, la escala de predicción de riesgo vital también puede servir como una herramienta de evaluación continua para evaluar la efectividad de las medidas preventivas tomadas y ajustarlas según sea necesario.

En definitiva, es una herramienta crucial en la lucha contra la violencia de género y puede ayudar a salvar vidas. Su aplicación requiere la formación de profesionales en su uso y una coordinación efectiva entre diferentes organismos y servicios para garantizar la protección y seguridad de las mujeres en riesgo.

CONCLUSIÓN

La violencia de género es un problema grave en España y en todo el mundo, y sus consecuencias pueden ser devastadoras para la salud física y mental de las mujeres afectadas. Es necesario abordar este problema desde una perspectiva de prevención, para evitar que se produzcan situaciones de violencia y para ofrecer apoyo a las víctimas.

En España se han implementado diversas medidas de prevención de la violencia de género, como la promoción de la igualdad de género en la educación y la formación de profesionales de la salud y la justicia en el abordaje de la violencia de género. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer en este ámbito, y es importante seguir trabajando en la implementación de políticas y estrategias de prevención.

La prevención de la violencia de género en mujeres en España es un tema crucial que requiere la colaboración de toda la sociedad y la implementación de políticas y medidas efectivas. Es necesario seguir trabajando en este ámbito para garantizar la seguridad y el bienestar de todas las mujeres.

Es fundamental seguir concienciando a la sociedad sobre la gravedad de la violencia de género y sobre la importancia de denunciar cualquier tipo de agresión. También es necesario seguir mejorando la atención sanitaria y psicológica a las víctimas, proporcionándoles un apoyo integral que les permita superar las secuelas físicas y emocionales de la violencia de género.

Esta escala se trata de un instrumento fundamental para poder predecir el riesgo de violencia e incluso la muerte, siendo una aportación para este problema de gran envergadura a nivel mundial. Se trata de un estudio retrospectivo inicialmente debido a que con la ayuda de la autopsia psicológica obtenemos información que nos ayuda aclarar las intenciones, comportamientos y motivos de la violencia que ejerce el agresor pero también sea un estudio prospectivo que nos permita prevenir el maltrato hacia la mujer. Esto nos posibilita buscar dentro de la metodología de la escala de predicción una aplicación fácil, directa y eficaz de aplicarla a mujeres que presentan un alto riesgo de violencia grave y así erradicar o limitar la violencia de género.

En conclusión:

1. La realización de esta herramienta prospectiva se hace con el objetivo que se utilice para la prevención de la violencia de género contra la mujer.
2. Implicación de los servicios de atención primaria en el estudio de elementos o factores de riesgo que pudieran ser predictores de una futura violencia.
3. Establecimiento de recursos y enlaces de actuación ante situaciones de violencia de género para la actuación precoz de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado con el fin de evitar la violencia grave/muy grave.
4. Comunicar y poner en conocimiento a la autoridad judicial por parte del personal sanitario de las conclusiones de la aplicación de la propuesta realizada para eludir la violencia sobre la mujer en estadios precoces.
5. Disponibilidad de un instrumento de aplicación para las autoridades sanitarias, con criterio sanitario especializado, conocedor de la realidad, no solamente sanitaria, sino socialmente de la mujer que pueda estar sufriendo una situación de violencia oculta.
6. Disposición disponible de la herramienta en su ámbito, tanto en atención primaria como especializada (servicios de urgencias) ante la detección de la existencia de patología traumática en la mujer que alega situaciones ajenas a la violencia de género como mecanismo de producción.
7. Poder ejecutar un extensivo, en un futuro y con la modificación pertinente, en la detección de la violencia sobre los menores, los cuales son los grandes olvidados en la prevención y una asistencia especializada en la detección de la violencia que se ejerce sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Instituto de la mujer y para la Igualdad de oportunidades. Definición de violencia de género. Recuperado de :https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_Definicion_de_violencia_de_genero.pdf
2. Ley Orgánica 1/2004. Artículo 1, de Protección Integral contra la violencia.
3. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Datos provisionales. Recuperado de :https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimiasMortales/fichaMujeres/2023/VMortales_2023_04_04.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística. INE. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de género (EVDVG). 2022. Recuperado de: https://www.ine.es/prensa/evdvg_2021.pdf
5. Observatorio del Suicidio en España 2021. Prevención del suicidio. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>
6. Instituto Nacional de Estadística. Suicidios por edad y sexo. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=29984>
7. Delgado Bueno, S. (2011). “Tratado de medicina legal y Ciencias forenses” (tomo III). Patología y biología. Barcelona: Editorial Bosch, S.A.
8. Real decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.
9. Real decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y transplante de órganos y tejidos.
10. Villanueva Cañadas E. Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 7ª edición. Elsevier Castellano; 2019.
11. Rosa M. Pérez Pérez. Universitat Oberta de Catalunya (FUOC). “Tanatología forense” . Cuarta edición: septiembre 2020.
12. Ley Órgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.
13. Isometsä, E. (2002). Estudios de autopsia psicológica: una revisión. Eur Psychiatry, 11–18
14. Presentación Blasco, J. ., Ventura Álvarez, M. ., Canet Peiró, A., y Presentación Blasco, C. (2004). La autopsia psicológica en medicina legal y forense. Boletín Gallego de Medicina Legal y Forense, 13(1), 7–13.

15. Burgos, Á. (2006). La autopsia psicológica. *Revista de Ciencias Jurídicas*, 110, 69–87.
16. Velasco, C. (2014). La psicología aplicada a la investigación criminal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 16(2).
17. Ebert, B. (1991). Guide to Conducting a Psychological Autopsy. *The Handbook of Medical Psychotherapy*, 249-256
18. Clavijo, P., y León, M. (2019). Aplicación de la autopsia psicológica comotécnica pericial. *Ciencia Digital* ISSN: 2602-8085, 3(1), 7–22
19. Taylor, S., y Bogdan, R. (1989). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
20. Corbetta, P. (2007). La entrevista cualitativa. En *Metodología y Técnicas de la Investigación Social* (pp. 343–373). Madrid: McGrawHill.
21. Jiménez, I. (2001). La autopsia psicológica como Instrumento de investigación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30(3), 271–276.
22. Torres, R. (2007). Autopsia psicológica. Evaluación Crítica y su aplicabilidad en el ámbito forense. *Anuario de Psicología Jurídica* ISSN1133-0740, 17, 111–130.
23. Annon, J. (1995). The Psychological Autopsy. *American Journal of Forensic Psychology*, 13, 39–48.
24. Santoyo, C. (1994). Sociometría conductual: el diseño de mapas socioconductuales. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 20(2), 183–205.
25. Moreno, J. . (1934). *Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations*. Nervous and Mental disease Publishing. Washington, DC.
26. García-Pérez, T. (2007). *Pericia en Autopsia Psicológica*. Buenos Aires: Ediciones La Rocca.
27. García Pérez T. La autopsia psicológica en el suicidio. *Med Leg Costa Rica*. 1998;15(1–2):22–4.
28. Barrero P, Andrés S. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cuba Med Gen Integral*. 1999
29. Cañón Buitrago, S. C., Garcés Palacios, S., Echeverry Díaz, J., Bustos Gonzales, E., Pérez Uribe, V., y Aristizabal Lopez, M. A. (2016). Autopsia psicológica: una herramienta útil en la caracterización del suicidio. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 16(2), 410–421. <https://doi.org/10.30554/archmed.16.2.1067.2016>
30. Rodes Lloret F, Monera Olmos CE, Giner Alberola S, Martí Lloret JB. Notas suicidas. *Rev Esp Med Leg*. 1999;23:66-74.
31. Scott CL, Swartz E, Warburton K. The psychological autopsy: solving the mysteries of death. *PsychiatrClinNorth Am*. 2006;29(0193-953X (Print)):805-822.
32. Dr. Diego de la Vega Sánchez, Dra. Ángela Arcenegui Calvo, Eva moreno. XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría.

- Metodología de los estudios de suicidio consumado mediante autopsia psicológica. 2018.
33. Violencia contra la mujer. Un tema de salud prioritario. Salud familiar y reproductiva. OPS, División de Salud y Desarrollo. OMS/OPS. Washington, 1998.
 34. Ley Órgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
 35. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia machista en las IllesBalears. Caib.es
 36. Drug EG. -World report on violence and health. Geneva. World Health Organization, 2002.
 37. Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia Doméstica. SEMFYC. Madrid 2003.
 38. Lorente Acosta F., Toquero de la Torre F. Guía de buena práctica clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género. Atención Primaria de Calidad. 2004.
 39. La violencia contra la mujer considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Documentos técnicos de Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Madrid, 2003.
 40. Protocolo de actuación ante la violencia doméstica de género en el ámbito doméstico. Servicio Canario de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. 2003.
 41. Águila Gutiérrez Y, Hernández Reyes VE, Hernández Castro VH. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. Rev médica electrón. 2016.38(5):697–710.
 42. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Protocolo de actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012.
 43. Enrique Echeburúa, Pedro Javier Amor, Ismael Loinaz y Paz de Corral. Universidad del País Vasco y UNED. Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave contra la pareja. Psicotherma 2010. Vol 22, nº4, pp. 1054-1060.