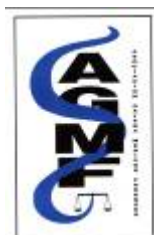


# LIBRO DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES

## I Jornada Científica



## ASOCIACIÓN GALEGA DE MÉDICOS FORENSES

*“Formación: derecho y deber”*



## Ourense

Viernes 15 de octubre de 2010

### COMITE ORGANIZADOR:

Ana Losada, Ana Cascón, Ana Riera, Rosario Montes y Fernando Serrulla.

### COMITE CIENTIFICO:

Belén Pérez , Berta Rodríguez, Jose Luis Gómez, Benito López y Fernando Serrulla.



## **I JORNADA CIENTIFICA DE LA AGMF**

### **PRESENTACIÓN DE LA JORNADA**

**Ourense 15 de octubre de 2010**

Estimados amigos y amigas, además de daros la bienvenida a Ourense quiero agradecer vuestra asistencia. Somos conscientes del esfuerzo personal que supone viajar y estar fuera de casa durante todo un día. Gracias especialmente también a los asistentes que presentan alguna comunicación. Casi veinte comunicaciones han desbordado todas las previsiones y nos hacen pensar que quizás sea recomendable para otras ediciones de esta Jornada utilizar no uno, sino dos días. Enhorabuena a todos. Es hora ya que demostremos que los Médicos Forenses en Galicia realizamos un trabajo de calidad comparable al que se hace en nuestro entorno europeo aún sin contar con los medios necesarios que otros países o regiones tienen. Gracias a los ponentes: a Julio Jiménez, a Alexandre García Caballero y a Benito López por hacer el esfuerzo que han hecho. Gracias también a todas las instituciones que nos han apoyado (Grupo 3, Librería Médica Nobel, Diputación de Ourense, Centro Cultural de la Diputación, Aguas de Cabreiroá, Allianz Seguros, Funeraria Mémore, Funeraria La Paz y Funeraria Santa Rita). Quiero dar también las gracias a la Dirección Xeral de Xustiza de la Xunta de Galicia y especialmente a Luis Menor Jefe Territorial de la Consellería de Presidencia, AAPP e Xustiza por ser como es, una persona decidida y comprometida con la Administración de Xustiza especialmente en el campo de la formación. Sin el apoyo de la Xunta de Galicia -mediado por Luis- no habría sido posible organizar esta jornada. Por último, quiero agradecer a mis compañeras del Comité Organizador su inestimable colaboración. Gracias Ana Cascón, Ana Riera, Ana Losada y Rosario Montes. Gracias a todas, pero especialmente a Ana Losada que ha tenido que aguantarme directamente todos estos meses.

Algunas personas -no sin razón- pensaron que la Asociación Galega de Médicos Forenses (AGMF) había desaparecido. En realidad la actividad de la asociación ha sido mínima en estos últimos años. Posiblemente la entrada en funcionamiento del IMELGA eclipsó la asociación y su crisis interna. Puesto a andar el IMELGA y conocidos los nuevos problemas de la nueva organización, algunos pensamos que la asociación podría jugar un papel en esta nueva situación. Creemos por ésto que hay sobrados motivos para juntarnos:

En primer lugar dar oportunidad a que se resuelva la anómala situación en que se encuentra la AGMF que como todos sabéis, desde el año 2004 está en abierta crisis. La única actividad ha sido la errática edición del Boletín. Juntarnos a todos y convocar una asamblea para tratar de resolver ésta situación es –a nuestro entender- el mejor modo de empezar a solucionarlo. Pero aburridos de tediosas reuniones a las que siempre asisten los mismos, decidimos hacer coincidir ésta reunión con alguna forma de convocatoria científica. A partir de aquí nos ha surgido la idea de que la asociación ha de ser esencialmente una Sociedad Científica, un foro de intercambio de conocimientos y experiencias y también un punto de encuentro de todos aquellos interesados en las Ciencias Forenses. Dejemos el peso de las reclamaciones profesionales para los Sindicatos, Subdirectores y Consejo de Dirección.

En segundo lugar hemos pretendido también juntarnos para poder hacer un homenaje a aquellos compañeros recientemente fallecidos. Hemos mostrado

individualmente nuestra pena por los fallecimientos de Fernando Martínez, Rosa Rico e Irene Linares, pero quizás ya era el momento de mostrar colectivamente que su buen hacer permanece aún vivo en nuestra memoria. Empezamos esta Jornada en Ourense con la convocatoria del Premio Fernando Martínez a la mejor comunicación oral, pero en realidad es un homenaje también a Rosa e Irene.

En tercer lugar y no menos importante hemos convocado esta jornada para reivindicar la necesidad de formación. Carecemos de una formación continua reglada y -que nosotros sepamos- no hay planes de ello. La formación es uno de los cimientos del IMELGA y sin ella nunca estaremos al nivel que debemos estar. A nuestro entender la formación continua y el disponer de instalaciones propias deben ser objetivos prioritarios del equipo directivo del IMELGA. En el lema de la jornada hemos dicho que la formación es también un deber. Quizás no sea una obligación legal pero sí es un deber ético para todos los integrantes del IMELGA. Aquellos compañeros/as que no desean acceder a formarse, se perjudican y nos perjudican a todos porque contribuyen a dar una imagen distorsionada de la Medicina Forense en Galicia.

En cuarto lugar nos ha parecido oportuno juntarnos no solo los Médicos Forenses sino también otros profesionales relacionados con las Ciencias Forenses como Policía Científica, Psicólogos, Psiquiatras, Patólogos, Auxiliares de Autopsia, etc. Vivimos en un mundo que es claramente multidisciplinar porque es materialmente imposible abarcarlo todo. Por ejemplo en el campo de la Antropología Forense no se concibe otra forma de trabajar que no sea la de una estrecha colaboración entre Policía Científica, Médico y Antropólogo Forense. Trabajar en compartimentos estancos puede hacerse pero creemos que perjudica seriamente el objeto de la investigación penal. Del mismo modo podríamos pronunciarnos en el ámbito de la pericia oficial psicológica y psiquiátrica o la valoración del daño corporal.

Por último una buena razón para juntarnos es sencillamente conocernos -en algunos casos- y en los demás seguir manteniendo una relación que contribuya a mejorar los vínculos que ya hemos forjado en todos estos años.

Hemos diseñado una jornada acorde a los tiempos de crisis que vivimos. Desde el Comité Organizador esperamos que sea de interés para todos. Disfrutad del encuentro y de nuevo gracias por vuestra participación.

Fernando Serrulla Rech

## Programa

LUGAR: Salón de Actos del Centro Cultural Deputación de Ourense, Rúa Progreso 30, Ourense.

### SESIÓN MAÑANA

09.30 H. Entrega de Documentación.

09.45 H. Inauguración de la Jornada. Ilmo Sr Xefe Territorial de Ourense de la Consellería de Presidencia, AAPP e Xustiza da Xunta de Galicia, Dn Luis Menor.

10.00 H. PONENCIA : Moderador: Dr Fernando Serrulla Rech

Dr Dn Julio Jimenez Feliz. Médico Forense. Subdirector IMELGA Ourense: *“Características forenses, psicológicas y lingüísticas de una muestra de notas suicidas en Galicia”*

Dr Dn Alejandro Garcia Caballero. Psiquiatra CHOU Sergas: *“Un estudio de autopsia psicológica en Galicia”*

11.00 H. Pausa y café.

11.30 H. COMUNICACIONES EN CLINICA FORENSE: Moderadora: Dra Rosario Montes Somoza

11.30 h. **Esguince cervical. A propósito de un caso.** Ana Pérez Vidal. INSS Ourense

11.40 h. **Elementos de valoración del daño corporal en las fracturas de Looser-Milkman: evaluación de un caso.** Fernando Serrulla Rech, Ana Losada Gil, Benito Lopez de Abajo Rodriguez. IMELGA.

11.50 h. **Lesiones traumáticas del plexo braquial: etiología, clasificación, tratamiento e implicaciones médico-legales.** Iria Del Río Tajés, M<sup>a</sup> Angeles Romero Tirado. IMELGA

12.00 h. **Repercusión de los factores socio-culturales en la evaluación médico legal.** Ana Riera Taboas. Fernando Serrulla Rech. IMELGA

12.15. COMUNICACIONES EN PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL FORENSE: Moderadora: Dra Ana Riera Táboas.

12.20 h. **El Psicólogo Jurídico en la Comunidad Autónoma de Galicia: El Informe Pericial.** Ana Luisa Udías Vázquez. UNED Ourense

12.30 h. **Pericial psicológica y técnicas de evaluación: la entrevista cognitiva.** Clara Isabel Fernández Rodicio. Universidad de Vigo

12.40 h. **Valoración clínico-legal del daño psicológico en delitos de violencia de género.** Carlos Domínguez Robledo.

12.50 h. **El suicidio ampliado.** Vicente Calvo Vinagre, Maite Elegido, Alejandra Baena Vasquez. Sección Homicidios y Secuestros Unidad Técnica Policía Judicial Guardia Civil (Madrid).

13.00 h. **Aportación de los equipos psicosociales al procedimiento judicial.** Ana Rey Eiriz. María Isabel Hermida Arias. IMELGA

13.15 h. COMUNICACIONES EN PATOLOGIA FORENSE (Sesión de mañana). Moderador: Dr Alberto Fernandez Liste.

13.15 h. **Disminución de la expresión del receptor 5-HT<sub>2A</sub> en la población de neuronas y neuroglia del área 10 de Brodmann y de neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo en**

**víctimas de suicidio en Galicia.** Cascallana Álvarez José Luis; Rubio Viqueira Begoña; Bravo Moral Ana María. IMELGA

13.25 H. **Permanencia de restos epiteliales sobre objetos. Rendimiento del análisis de ADN.** Luis Francisco Hombreiro Noriega. Laboratorio de ADN Policía Nacional. Coruña.

13.35. h **Autopsia en el Shock Séptico. Protocolo de recogida de muestras (a propósito de dos casos).** José Luis Gómez Márquez; M<sup>a</sup> Angeles Romero Tirado. IMELGA

13.45. Pausa. COMIDA

## SESION TARDE

16.00 H. PONENCIA: Moderadora: Dra Ana Losada Gil.

PONENTE: Dr. Dn Benito Lopez de Abajo Rodriguez

Director Instituto de Medicina Legal de Galicia: *“La medicina forense del futuro en Galicia”*

16.45 H. COMUNICACIONES EN PATOLOGIA FORENSE (sesión de tarde):

Moderadora: Dra Ana Cascón Gutierrez

16.45 h **Suicidio combinado.** Cascón Gutiérrez, Ana I.; Pérez Gómez, Belén; Serrulla Rech, Fernando. IMELGA

16.55 h. **Homicidio vs suicidio: la importancia del método en antropología forense.** Fernando Serrulla Rech , Maria de los Angeles Romero Tirado, Olaya Ramos Garcia. IMELGA.

17.05 h. **Infarto de miocardio e intoxicación por monóxido de carbono.** Belén Campos Casal. IMELGA.

17.15 h. **Aplicación de la biología molecular a la investigación clínica y forense de la muerte súbita cardíaca.** Allegue C, Blanco-Verea A, Gil R, Santori M, Carracedo A, Brion M. Instituto de Medicina Legal. Universidad de Santiago de Compostela.

17.25 h. **Estrangulación con lazo: etiología homicida o suicida.** Montes Somoza R., Velasco Prieto I., Cascallana Alvarez JL. IMELGA

17.35 h. **La influencia del alcohol en las muertes violentas.** Fernández Liste, A., Tabernero Duque, M.J., López de Abajo Rodríguez, B. IMELGA

17.45 h. **Muerte por estricnina: presentación de un caso.** Ana Losada Gil, Julio Jimenez Feliz. IMELGA

17.55 H. Votación y entrega del Premio a la mejor comunicación oral.

18.00 H. Pausa y café.

18.30 H. Asamblea de la Asociación Galega de Médicos Forenses

19.30 H. Finalización de la jornada.

# **PONENCIAS**

# **Características forenses, psicológicas y lingüísticas de una muestra de notas suicidas en Galicia**

J. Jiménez Félix. Médico forense. IMELGA

A. García Caballero. Psiquiatra. CHOU

**RESUMEN:** Se ha procedido al análisis de factores sociodemográficos, clínicos y biológicos de 144 casos de suicidio acontecidos en Ourense desde julio de 2006 a diciembre 2009. De los 144 casos se han comparado factores como sexo, edad, estado civil, mecanismo suicido, época, intentos previos, factores desencadenantes etc. y se ha comparado con los 26 casos en los que se ha dejado nota suicida. De la comparación entre ambos grupos se observa como no existen diferencias significativas en cuanto a sexo, domicilio, mecanismo, pero si se aprecia diferencia significativa en cuanto a edad. Las notas suicidas se analizaron con el programa LWIC para realizar un análisis lingüístico automático y posteriormente se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para tratamiento estadístico de los datos. Hemos obtenido diferencias significativas en cuanto a sexo en la utilización de palabras referentes a sentimientos y emociones así como diferencias en el medio rural y según edad en la utilización de palabras referentes a factores sociales.

## **I.-Introducción**

El estudio del suicidio por parte del médico forense abarca dos aspectos que deben estar ligados en la investigación de la muerte suicida. El diagnóstico y circunstancias de la muerte y la investigación de los motivos o ideación suicida. El suicidio lo podemos definir como la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida (Corbella, 1998).



Desde el origen de las técnicas de autopsia psicológica se ha prestado especial atención a las notas de suicidio como una forma de adentrarse en la mente de la víctima en los momentos previos al acto suicida (Lester, 1990 cit por Salib). Además de su evidente interés forense, en cuanto pruebas que ayudan a orientar la muerte como autoinflingida, las notas son según Shneidman (1973) “mapas crípticos de viajes mal planificados”, y como tales una clave ineludible en la investigación suicidológica. En general en los estudios llevados a cabo hasta ahora no se han podido determinar o existe controversia con respecto a la existencia de diferencias entre las personas que dejan notas y aquellas que no lo hacen con respecto a diferentes características sociodemográficas como sexo, edad, empleo, estado civil, historia de trastorno psiquiátrico, lugar del suicidio o intentos previos. Obviamente muchos de estos hallazgos pueden ser azarosos o estar influidos por variables culturales por lo que resulta de interés la replicación de los resultados hallados en otras comunidades y el análisis tanto de los contenidos como el análisis lingüístico en idiomas diferentes del inglés.

## **II.-Análisis de contenido**

Uno de los autores que más ha estudiado el análisis de contenidos ha sido Leenaars quien tras el estudio de la obra de una serie de autores clásicos en suicidología (Adler, Binswanger, Freud, Menninger, Sullivan, Zilboorg, Shneidmann, Murray, Jung y Kelly) seleccionó una serie de contenidos suicidas que después contrastó de forma empírica con las notas dejadas por suicidas reales y en notas de suicidios simulados, seleccionando finalmente aquellos enunciados más discriminativos. Finalmente tras varios estudios estos enunciados fueron simplificados haciendo análisis de clusters hasta agruparlos en ocho dimensiones. Como es lógico otros autores (Foster, 2003; Salib y cols., 2002; Lester & Lin., 1998) han postulado índices temáticos diferentes derivados empíricamente. La motivación psíquica del suicida parece similar en muchas culturas

Es importante señalar de cualquier forma que este tipo de análisis de contenido, han sido realizados en muestra provenientes de culturas diferentes a la nuestra y que deben por tanto ser tomados con precaución en tanto no se repliquen en nuestro país.

## Epidemiología de los suicidios consumados en Ourense

La creación del IMELGA (Instituto de Medicina Legal de Galicia) en mayo de 2006 nos permitió poder elaborar estadísticas y trabajos de campo en el servicio de patología forense, así como poder elaborar protocolos para el acto de levantamiento de cadáver. En el periodo estudiado, de junio 2006 a diciembre 2009 se han producido en la provincia de Ourense 144 casos de suicidio consumado.

Si comparamos la evolución en los últimos años en Ourense, Galicia y España expresada en casos por 100.000 habitantes y año observamos que las cifras se mantienen más o menos estables en una tasa media de suicidios/añox100.000 hab. En los últimos 8 años de 7,73 en España, 10.96 en Galicia y 10.9 en Ourense. Mas llamativo es si estas cifras las comparamos con la tasa de muertos en acc. de trafico de en comparación con Galicia y la evolución de la tasa de suicidios por 100.000 hb/año y su comparación con la evolución en los accidentes de tráfico, donde se pasó de una tasa de 13.61 en el año 2001 a un 6.46 en el año 2008 en España y en Galicia de un 18.5 a un 8.51 (Fuente: INE e IMELGA)

<b>Ambito geográfico</b>	<b>Tasa</b>	<b>casos/año</b>
<b>España</b>	<b>7.73</b>	<b>3365</b>
<b>Galicia</b>	<b>10.96</b>	<b>303</b>
<b>A Coruña</b>	<b>10.89</b>	<b>141</b>
<b>Pontevedra</b>	<b>8.52</b>	<b>80</b>
<b>Lugo</b>	<b>13.16</b>	<b>47</b>
<b>Ourense</b>	<b>10.9</b>	<b>37</b>

Tabla 1: tasa media del año 2001 al 2008

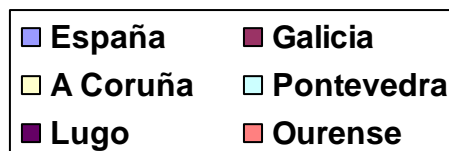
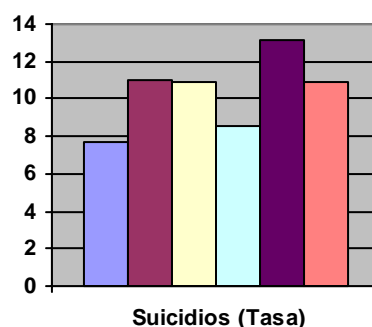


Gráfico 1: tasa y número medio de suicidios del año 2001 al 2008

### **III.-Análisis lingüístico**

La dificultad de hallar una metodología universal para el análisis de contenidos, que no se vea influenciada por la cultura (en el sentido más amplio) del investigador, ha conducido al ensayo de técnicas automáticas de análisis lingüístico que permiten después el procesamiento estadístico de los textos con una mínima intervención teórica.

Uno de los instrumentos más conocidos para la realización de estos análisis es el Lingüistic Inquiry and Word Count (LIWC) desarrollado por Pennebaker, Francis & Booth (2001) que desarrolla un análisis palabra por palabra de textos escritos obteniendo unas 70 variables lingüísticas diferentes.

Esta metodología se ha utilizado de forma reciente para caracterizar notas suicidas de hombres vs mujeres (Lester, 2008); suicidios consumados vs intentos de suicidio. Sin embargo hasta ahora no se ha aplicado esta metodología en el análisis de cartas suicidas en culturas no anglosajonas, ni en idiomas diferentes del inglés.

### **IV.-Objetivos**

El propósito de este trabajo es analizar una muestra de cartas suicidas obtenida de los registros judiciales en el período junio-2006 a diciembre-2010 de forma consecutiva utilizando el programa de análisis lingüístico LIWC (Pennebaker y cols., 2001).

La muestra se caracterizará desde el punto de vista sociodemográfico (edad, sexo, estado civil) y forense (lugar y modo de la muerte), comparando el grupo de los fallecidos que dejaron carta con el grupo de los que no la dejaron. Analizando con posterioridad dentro del grupo que deja nota, las características lingüísticas de las cartas en función de grupos con respecto al género, edad y mecanismo de la muerte.

### **V.-Material y métodos**

Se trata de un estudio observacional retrospectivo donde se recogieron 144 casos de suicidios en el período de julio de 2006 a diciembre de 2009.

Desde el punto de vista metodológico se construyó una base de datos en Excel en la que se incluyeron las siguientes categorías: fecha suicidio, edad, sexo, residencia, estado civil, nº de intentos, mecanismo suicidio, lugar, nota si/no, antecedentes orgánicos y psiquiátricos. Se ha prescindido de determinados datos por estar ausentes en muchos casos.

En todos los casos y en aquellos que dejan nota se consignó además: etnia, nacionalidad, hijos, hermanos, padres, situación laboral, economía, religión. Convivencia, antecedentes familiares, acontecimientos vitales, autonomía, antecedentes físicos y psíquicos, intentos, numero, mecanismo intentos, preparación, actos finales, aislamiento aviso, desencadenantes, notas, tipo de nota, nº de firmas, soporte, idioma y nº de textos.

Estos textos fueron después corregidos ortográficamente para su procesamiento por medio del LIWC y en aquellos casos necesario (dos casos) fueron traducidos del gallego al castellano (idioma para el que se cuenta con diccionario en el LIWC). Los textos traducidos contaban con un alto número de palabras comunes entre gallego y castellano no requiriendo más que adaptación gramatical y no léxica. Estos textos fueron analizados con el programa LIWC (Pennebaker y cols., 2001).

Hasta el momento de realización de esta memoria de investigación no se ha publicado en la literatura internacional indexada en Pubmed o Psychlit ningún trabajo sobre cartas suicidas en español utilizando esta metodología.

#### Análisis estadístico

Con la ayuda del Servicio de la unidad de apoyo a la Investigación del C.H.OU, se elaboró una base de datos a partir de una hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2003 y posteriormente se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0 para el análisis de los mismos. En el análisis estadístico de las variables cuantitativas se usó la media y la desviación típica. Las variables cualitativas se describieron como frecuencia y porcentaje.

Se realizaron pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas para el análisis de la significación estadística. Se consideraron resultados significativos aquellos con  $p < 0,05$ .

### **VI.-Resultados:**

#### **VI.1.-Descripción de la muestra global**

De los 144 casos de suicidio registrados en Ourense, durante el periodo de estudio 104 (72,2%) corresponden a hombres y 40 (27,8%) a mujeres lo que supone casi la cuarta parte de los casos de suicidios.

En cuanto a la edad el rango se establece entre 18 y 95 años con una media de 61,77 y una DS de 19,534. Se han dividido en grupos de acuerdo al estado civil,

desconociéndose este en 20 casos (13,9%). Casado o similar: 55 (44,4%). Soltero: 23 (18,5%). Separado o similar: 18 (14,5%). Viudo: 28 (22,6%).

Lugar de residencia: rural: 85 (64,9%), Villa: 13 (9,9%). Urbano: 33 (25,2%).

Mecanismo de Suicidio: suspensión 81 (57%), Intoxicación 16 (11,3%), Precipitación 15 (10,3%), sumersión 9 (6,3%), sofocación 1 (0,7%), arma blanca 2 (1,4%), arma fuego 15 (10,6%), atropello 2 (1,4%), electrocución 1 (0,7%).

Realizamos estudio comparativo de los mecanismos de suicidio por sexos, valorando en cada sexo la frecuencia de los distintos mecanismos de suicidio. No existen diferencias significativas, tan solo en cuanto al arma de fuego como mecanismo de suicidio, el resto es igual a la proporción entre hombres y mujeres. Se analizan además: Lugar del suicidio. Casos de suicidio consumado con intentos previos. Factores desencadenantes: Se han dividido en seis grupos para facilitar el trabajo al forense encargado de la recogida y poder codificar los resultados en lo posible en el momento del levantamiento de cadáver: Problemas familiares 14 (9,72%). Sentimentales, separaciones 11 (7,63%). Económicos, laborales 2 (1,38%). Enfermedades somáticas leves 15 (10,41%). Enfermedades somáticas graves 8 (5,55%) Enfermedades psiquiátricas 43 (29,86%) Desconocidos 51 (35,41%). Mes del suicidio.

Del total de los 144 casos de suicidio, 26 (18 %) dejan nota suicida.

## **VI.2.-Comparación entre el grupo que deja nota suicida vs. grupo que no deja nota suicida.**

La edad media de los pacientes que dejan nota de suicidio era de  $54,38 \pm 4,107$  (DE) y de los que no dejaban nota fue de  $63,42 \pm 1,755$  (DE). Se aprecia una diferencia estadísticamente significativa, en cuanto a que son los pacientes más jóvenes los que dejan notas. ( $p = 0,032$ ). No existen diferencias significativas entre los que dejan notas, en cuanto a su área de residencia, sexo y mecanismo de suicidio.

Agrupando la muestra en personas casadas o similares y personas que viven solas o similares parece significativo que en este grupo es mas frecuente el dejar una nota suicida.

## **VII.-Estudio cualitativo de las notas suicidas mediante análisis de palabras con el programa Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) text analysis program.**

Una vez recogidos los textos de las notas suicidas, corregidos ortográficamente se aplica el programa LIWC.

Como datos globales se obtiene en las 23 notas suicidas analizadas un mínimo de 7 palabras y un máximo de 509 con una media de 148. Existe gran varianza en cuanto a palabras por frase de un 3.5 de mínimo a 172 de máximo. La media de palabras más utilizadas son los pronombres (media de 11.69). En cuanto a palabras con contenido emocional encontramos: palabras del campo semántico de la afectividad (media de 6.01), emociones positivas (media 3.09), sentimientos positivos (m 1.5), emociones negativas (m 2.7) y mecanismos cognitivos (m 7.7) expresadas en porcentaje del total de palabras utilizadas en el texto.

En una segunda fase aplicamos el programa SPSS para tratamiento estadístico de los datos obtenidos de los textos buscando criterios específicos según el autor de la nota suicida.

Diferencias por género: Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a sexo en las siguientes categorías: número total de palabras (muy superior en las mujeres), así como en la utilización de palabras referentes a lo afectivo, las emociones y sentimientos positivos. Las mujeres utilizaron más tiempos verbales pasados y futuros así como más signos de puntuación.

Valoración por edad: Se dividen en dos grupos para poder analizar con IPSS, mayores y menores de 65 años. Tenemos 14 casos de personas mayores de 65 años y 9 menores de 65. Tan solo resultan diferencias significativas en las palabras referentes a espacio (media de 14.0 en menores 65 y 8.89 en mayores 65) y exclusión (media de 14.93 en menores y 7.44 mayores de 65 años).

Valoración por lugar de residencia: Se agruparon en ámbito mayor de 10.000 habitantes (urbano) y menores de 10.000 (rural). 13 casos rural y 10 urbanos.

Se aprecian diferencias significativas en palabras relacionadas con aspectos sociales, referido a interacciones humanas (media de 1.67 en rural y 7.16 en urbano), insight hablar de uno mismo, conocerse, saber (media de 0.43 en rural y 3.15 en urbano)

### **VIII.-Discusión**

En el estudio de los casos totales de suicidio consumado analizados en este periodo en la provincia de Ourense destacar la alta tasa de suicidio en Galicia y en Ourense en concreto, en comparación con España.

En cuanto a las estadísticas referentes a sexo y variables demográficas en los casos de suicidio en el periodo estudiado un 72.2 % corresponden a hombres, la media de edad de 64.5 años, el 38.2 % son casados, un 25 % residen en ciudades y el mecanismo de suicidio mas frecuente en nuestro medio es la asfixia por suspensión que supone el 57.0 % de los casos, siguiéndole con un porcentaje aproximado del 10% la precipitación, intoxicación y arma de fuego. Encontramos una frecuencia de casos de suicidio en el medio urbano/rural similar.

Es llamativa la ausencia de diferencias por sexo en cuanto al mecanismo de suicidio, excepto el caso de suicidio por arma de fuego. En cuanto a lugar de suicidio la mitad de los casos es en el domicilio o anexos al domicilio. Cerca de un 20 % de los casos habían hecho algún intento previo de suicidio y destacar la frecuencia de casos en los que las enfermedades somáticas leves son consideradas como factores desencadenantes, bien porque el individuo lo vive como una catarsis o por miedo a padecer una enfermedad más grave. No se obtienen diferencias en cuanto al mes de suicidio.

En el periodo analizado obtenemos una frecuencia de existencia de nota suicida del 18.1 % de los casos de suicidio consumado, lo que se corresponde con las frecuencias referidas por otros autores que obtiene frecuencias variables entre el 10-20 % (Rodes Lloret F, 1999).

Al estudiar las características de los casos entre los que dejan y no dejan nota tan solo obtenemos diferencias significativas en que aquellos que dejan nota son más jóvenes, con una media de edad de 54,38 años frente a 63.4 de los casos que no dejan nota suicida y que puede estar en relación con el nivel educativo, no obtenemos diferencias significativas en cuanto a variables de sexo (20.0% mujeres frente 17.3% hombres), sociodemográficas, referentes al estado civil ni al mecanismo de suicidio.

Si parece significativo y merece estudio especial, el que en los casos que dejan nota se recoge en nueve de ellos (34%) como factor precipitante o desencadenante acontecimientos de carácter sentimental (separaciones, conflictos de pareja, relaciones con terceros) mientras que en los que no dejan nota supone tan solo un 1.8%. a este respecto debemos resaltar que en los casos que no dejan nota se perdió la causa desencadenante, porque era desconocida, no se anotó o no se investigó en un 35.4% de los casos (51), pero en todos los casos que dejan nota esta ya aclara y específica, por regla general, el motivo del acto suicida.

Referente a las características de los casos que dejan nota suicida la media de edad de los casos de notas estudiadas fue de  $54,38 \pm 20,53$  (DE), con una edad mínima de 18 años y una máxima de 88 años. Se obtienen diferencias significativas en cuanto a la edad del fallecido al comparar los grupos por sexo, existiendo una diferencia de casi 20 años, con una media de 60.88 años en varones y de 41.38 en mujeres.

No existen diferencias significativas en cuanto a variables demográficas entre el medio rural/ urbano. Es más frecuente la aparición de notas suicidas en personas que viven o se encuentran solas (separados, solteros, viudos), 25.6%, frente a casados 12.7% (44% de los suicidios totales), lo que podría ser explicado por la necesidad de hacer entender a terceros la motivación del acto suicida.

No existen diferencias significativas referentes a número de notas, intentos previos, número de firmas y número de textos entre hombres y mujeres.

Al iniciar el análisis lingüístico, uno de los primeros problemas que se nos planteó era la clasificación de las notas y aquellas que pueden ser o no ser consideradas como tal a la hora del análisis lingüístico. Esto nos lleva a una primera conclusión a resolver en estudios posteriores que es la determinación de que notas o partes de una nota suicida se pueden analizar lingüísticamente y aquellas que no se deben analizar, no encontramos referencias en otros autores que han realizado estudios de este tipo referentes a esta cuestión.

El primer problema es el tamaño de la muestra, se trata de una muestra de 23 casos analizados con una media de palabras en los textos que oscila entre un mínimo de 7 palabras y un máximo de 509 con una media de 148.

En cuanto a diferencias por sexos, las mujeres utilizan de forma significativa más palabras referentes a sentimientos y emociones positivas, expresan más dudas, y referencias al tiempo pasado y futuro. Algunas de estas diferencias podrían corresponderse con artefactos debido a la mayor extensión de las notas suicidas en



las mujeres y a que las notas de despedida en los suicidios secundarios a crisis sentimentales dan más cabida como es lógico a la expresión de sentimientos y hechos pasados.

En relación a otras variables demográficas se encuentran diferencias significativas en la utilización de palabras de contenido social, esto podría denotar el mayor aislamiento de los pacientes rurales (en el sentido Durkheimniano del suicidio anómico) pero podrían ser sesgos por diferencias de nivel cultural entre el medio urbano y rural.

En relación a la edad parece que los menores de 65 años utilizan más palabras referentes a espacio (media de 14.0 en menores 65 y 8.89 en mayores 65) y exclusión (media de 14.93 en menores y 7.44 mayores de 65 años). Cuestión que también puede estar sesgada por el nivel cultural del autor.

## **IX.-Conclusiones:**

No encontramos diferencias en cuanto al análisis lingüístico de las notas que permitan una identificación a priori referente a variables demográficas o edad.

En las mujeres parece más significativa la utilización de palabras referentes a sentimientos y emociones positivas así como dudas.

Es necesaria una categorización de las notas suicidas e incrementar el número de las mismas para un análisis lingüístico que nos pueda permitir identificar al autor de la misma o distinguir las notas verdaderas de las falsas.

## **X.-Bibliografía:**

- .-Chávez-Hernández AM, Leenaars AA, Chávez-de Sánchez MI, Leenaars L. Suicide notes from Mexico and the United States: a thematic analysis. *Salud Publica Mex* 2009;51:314-320.
- .-David Lester. Computer analysis of the content of suicide notes from men and women. *Psychological Reports*, 2008, 102,575-576
- .-David Lester, Marge Linn. Joseph Richman's signs for distinguishing genuine from simulated suicide notes. *Perceptual and Motor Skills*, 1998, 87, 242.
- .-David Lester. Motives for suicide in suicide notes from completed and attempted suicides. *Psychological Reports*, 1994,75,1130
- .-David Lester. Can suicidologists distinguish between suicide notes from completers and attempters?. *Perceptual and Motor Skills*, 1994, 79, 1498
- .-E. Salib, S. Cawley, R. Healy. The significance of suicide notes in the elderly. *Aging & Mental Health* 2002; 6(2): 186–190
- .-J. Corbella Corbella. El suicidio. En: Gisbert Calabuig. *Medicina legal y toxicología*. 5ª edición. Masson; 1998. 276-284.
- .-L.D. Handelman & D. Lester: The Content of Suicide Notes from Attempters and Completers. *Crisis* 2007; Vol. 28(2):102–104
- .-Leenaars A. Suicide. A multidimensional malaise. *Suicide Life Threat Behav* 1996; 26:221-235.
- .-Leenaars A. *Suicide notes*. New York: Human Sciences Press, 1988
- .-Leenaars A. Suicide notes in the courtroom. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 1999. 6. 39-48.
- .-Leenaars A. *Psychotherapy with suicidal people*. Chichester: John Wiley & Sons, 2004. 25.
- .-Leenaars A, de Wilde E, Wenckstern S, Kral M. Suicide notes in adolescents: A life-span comparison. *Can J Behav Sci* 2001; 33:47-57.
- .-Manjeet S. Bhatia, Satish K.O, P. Murty. Suicide notes: psychological and clinical profile. *INT`L. J. Psychiatry in Medicine*, Vol. 36(2) 163-170, 2006
- .-Rory C O`Connor, Noel P Sheehy, daryl B O`Connor. A thematic Analysis of Suicide Notes. *Crisis*, 20-3 (1999).
- .-Shannon Wiltsey Stirman, James W. Pennebaker. Word Use in the Poetry of Suicidal and Nonsuicidal Poets. *Psychosomatic Medicine* 63:517–522 (2001)
- .-Stirman SW, Pennebaker JW (2001). Word use in the poetry of suicidal and nonsuicidal poets. *Psychosom Med* 63 (4): 517-22.
- .-Tom Foster. Suicide Note themes and suicide prevention. *INT`L J. PSYCHIATRY MEDICINE*, Vol. 33 (323-331, 2003

# UN ESTUDIO DE AUTOPSIA PSICOLÓGICA EN GALICIA

Autores:

## **Equipo psiquiátrico:**

A. García- Caballero (1), MJ Recimil (1), I. García-Lado (1),  
(1) Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense. Rúa Ramón Puga  
s/n 32005 Ourense

## **Equipo Forense:**

J. Jiménez, MC Pérez de Albéniz, Ana Losada, JM Bendaña (3)  
(3) Subdirección territorial do Instituto de Medicina Legal de Galicia (IMELGA)  
Pza. Concepción Arenal, s/n (esq. Avda. Habana). Ourense

*Palabras clave:* Autopsia psicológica, suicidio, Español, metodología

*Keywords:* Psychological autopsy, suicide, Spanish, methodology

*Correspondencia:* A. García- Caballero. Servicio de Psiquiatría. Complejo  
Hospitalario de Ourense. Rúa Ramón Puga s/n 32005 Ourense  
Alejandro.Garcia.Caballero@sergas.es

## 1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la definición de E. Shneidman (1), la autopsia psicológica es la reconstrucción retrospectiva de la vida de una persona fallecida llevada a cabo para obtener una mejor comprensión de su muerte. En la actualidad podemos precisar que se trata de un procedimiento desarrollado para conocer retrospectivamente el estado mental de un individuo en los momentos previos a su fallecimiento y así valorar el papel desempeñado por la víctima en su propia muerte. El método incluye entrevistas con familiares y otras personas cercanas para conocer las circunstancias físicas, psicológicas y sociales del fallecido; una revisión de todos los informes disponibles y la integración de toda la información procedente de las distintas fuentes para una posterior discusión del caso entre los profesionales de salud mental y expertos en estudios post-mortem (2).

Uno de los problemas principales en los estudios de autopsia psicológica es la ausencia de procedimientos estandarizados y consistentes.

Para evitar este problema, recientemente se ha diseñado una entrevista semi-estructurada para el desarrollo de la autopsia psicológica denominada *Semi-structured Interview for Psychological Autopsy* (SSIPA) (3, 4). Este instrumento tiene la ventaja de que permite disponer de un guión flexible con el que conducir las entrevistas evitando elidir información relevante en la “construcción” del caso, además de contar con un algoritmo de toma de decisiones que permite establecer una serie de conclusiones sobre la muerte, de forma estandarizada.

## II. OBJETIVOS

Este trabajo tiene dos objetivos principales, por una parte adaptar y validar en español la *Semi-structured Interview for Psychological Autopsy* (SSIPA) (Entrevista Semi-Estructurada para Autopsia Psicológica). Este instrumento está constituido por 69 ítems divididos en 4 módulos: precipitantes y estresores, motivación, letalidad e intencionalidad. En segundo lugar se ha realizado un análisis cualitativo de los casos tratando de extraer “perfiles” suicidas que permitan la detección precoz de grupos de riesgos y la implementación de medidas de prevención.

### **III. PARTICIPANTES Y MÉTODOS**

El instrumento original ha sido traducido y después retrotraducido siendo discutido el cuestionario resultante por un grupo de expertos. El instrumento adaptado se ha empleado para entrevistar a los familiares que voluntariamente aceptaron participar de 26 personas fallecidas presumiblemente por suicidio en la provincia de Ourense. Las entrevistas fueron grabadas digitalmente y después valoradas por medio de un formulario de toma de decisiones de forma ciega por el entrevistador y por dos evaluadores independientes.

#### **IV.I RESULTADOS CUANTITATIVOS**

El grado de concordancia entre evaluadores se midió por medio del estadístico kappa. La participación en el trabajo, estimada en un 26% ha sido similar a la obtenida en Brasil (20%) en el trabajo original. Los valores de kappa obtenidos son estadísticamente significativos. Se considera el grado de correlación como bueno ( $k > 0,60$ ) o muy bueno ( $k > 0,80$ ) en 15 pasos incluyendo 3 de los 4 pasos finales de cada módulo y el resultado final de la autopsia; moderado ( $k > 0,40$ ) en 8 pasos, de los que 3 se localizan en el módulo de motivación y débil ( $k > 0,20$ ) en tan sólo 2 pasos. La baja concordancia en estos últimos puede estar relacionada con falta de precisión del cuestionario en estos items, siendo posible mejorarlos para obtener un grado de acuerdo mayor.

#### **IV.II RESULTADOS CUALITATIVOS**

En segundo lugar se ha realizado un análisis cualitativo de los casos tratando de extraer “perfiles” suicidas que permitan la detección precoz de grupos de riesgo y la implementación de medidas de prevención. A continuación se describen los perfiles obtenidos, que pueden ser útiles al profesional para la detección de población en riesgo.

##### **4.2.1 Pérdida de la autonomía y vivencia de ser una carga**

Un grupo clásico en suicidología e interesante por razones demográficas en la población gallega es el de mayores de 65 años. En nuestra muestra hay 12 casos en este grupo, lo que supone un 46,2% del total de la muestra. En este grupo de edad la mayoría de los casos (58,3%) se corresponde con pacientes con empeoramiento reciente de su estado de salud. En alguno de los casos (por ejemplo el de un paciente

con una paraparesia) el proceso es grave, pero en la mayoría de los mismos, tiene que ver con empeoramientos del estado general no irreversibles, ni gravemente incapacitantes, pero percibidos por el paciente con desesperanza y pérdida de la autonomía.

#### **4.2.2 Falta de pertenencia y ruptura de vínculos**

En otros casos a la enfermedad física se une el sentimiento de falta de pertenencia o de ruptura de los vínculos. Ancianos separados al tener que ser atendido uno de ellos por los hijos, ingreso en residencias, rupturas de pareja.

#### **4.2.3. Mujeres de mediana edad**

Este grupo es novedoso y como veremos en la discusión parece apuntar una tendencia que se está describiendo en Estados Unidos. En nuestra casuística el modo de la muerte más habitual fue el ahorcamiento y el grupo oscilaba entre los 34 y los 55 años. Los motivos en general tienen que ver con problemas sentimentales, pero se une abuso de alcohol, o rasgos de personalidad límite/ histriónico (no necesariamente diagnosticados con anterioridad). En varios casos había antecedentes de intentos previos. Varias de estas mujeres jóvenes tenían estudios y una buena posición social, pero con relaciones sentimentales o familiares patológicas.

#### **4.2.4 Pacientes psiquiátricos**

Otros cinco casos son pacientes con patología psiquiátrica grave de larga evolución. Señalar que el bajo número de pacientes puede deberse a las dificultades para tener informantes en casos de larga evolución. Todos los casos tenían seguimiento y no fue detectado el riesgo inminente por los profesionales. Dos de ellos son mujeres con depresión melancólica y buen apoyo familiar y seguimiento frecuente por parte de los profesionales que las trataban. En ambos casos había intentos previos y el suicidio se produce en contexto de recaídas depresivas graves.

Otros dos casos son varones con esquizofrenia, uno es un joven que convive con su madre, y del que no tenemos argumentos para pensar en una descompensación psicótica y el otro es el de un hombre de 75 años son buen seguimiento y cumplimiento de medicación inyectable, pero que tenía un pobre apoyo a nivel social y consumía alcohol. En este caso un eventual precipitante fue la

propuesta por parte de los hijos de ingresarlo en una residencia. No consta descompensación psicótica.

El último de los casos que seguíamos es el de una mujer de 44 años con diagnóstico de trastorno bipolar que había demandado suspender el tratamiento en contra de criterio médico por su deseo de ser madre. En el suicidio podría haber estado implicada clínica psicótica persecutoria con respecto a unos vecinos, aunque es difícil de asegurar con la información aportada por los familiares y por su compañero sentimental.

Para terminar señalar que más del 50% de los casos contactaron con los servicios de salud en el mes anterior al fallecimiento. Exceptuando los casos con patología psiquiátrica previa, ese contacto no tuvo como motivo explícito de consulta el sufrimiento psíquico.

## **V. CONCLUSIONES**

1. La adaptación de la SSIPA al castellano ha sido posible y no se ha encontrado diferencias destacables entre el original y la retrotraducción.
2. La participación en el trabajo estimada en un 26% ha sido similar a la obtenida en Brasil (20%) en el trabajo original.
3. Los valores obtenidos del índice kappa son estadísticamente significativos. Se considera el grado de correlación como muy bueno o bueno en 15 de los 25 pasos, moderada en 8 pasos y débil sólo en dos pasos, que requieren modificación del cuestionario.
4. Con respecto al análisis cualitativo, señalar que un 46,2% de los casos estudiados eran personas mayores de 65 años. En este grupo de edad los factores más destacados fueron sentirse una carga para los familiares y los sentimientos de inutilidad y de pérdida de la autonomía. En muchos casos estas percepciones eran desencadenadas por un empeoramiento del estado general.
5. Consideramos que nuestra diana de cara a la prevención deben ser aquellos pacientes con queja subjetiva que sin embargo no nos provocan percepción de gravedad, y a los que muchas veces, obligados por la presión asistencial y por nuestros propios prejuicios, despachamos con un “no tiene nada”.

6. En este tipo de pacientes las medidas a tomar son la detección precoz de la desesperanza, los sentimientos de inutilidad y la falta de integración como factores de riesgo suicida.
7. En todos los casos pero especialmente en aquellos aquejados por patologías crónicas y con percepción subjetiva de incapacidad el apoyo emocional, el aliento y la contextualización de los síntomas serán útiles para afrontar el declive funcional.
8. Deben fomentarse las medidas de integración social de tipo grupal- colectivo pues este tipo de programas favorecen la salud mental. Debe asimismo favorecerse la integración de los pacientes en actividades de voluntariado o asociacionismo que les permitan recuperar un sentido de utilidad social en aquellos casos en que se haya perdido.
9. Otro grupo de riesgo es el de mujeres entre 35- 55 años con crisis de pareja, y abuso de alcohol, historia de malos tratos o relaciones de pareja conflictivas. Este grupo muchas veces tiene rasgos de personalidad patológicos. El mensaje de cara a la prevención es sobre todo no banalizar la demanda por problemas de pareja, que como vimos, suponen un 19,2% de nuestra muestra. Dado que en estos casos hay muchas veces intentos previos, un proyecto piloto como el puesto en marcha en los últimos dos años en Ourense de psicoterapia y seguimiento en pacientes que realicen intentos autolíticos puede ser particularmente útil para este perfil.

Este trabajo ha obtenido el XXIV Premio Cabaleiro Goas de la Fundación Galenus Auriensis (2008).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Shneidman ES. The psychological autopsy. *Suicide Life-Threat Behav* 1981;11:325-340.
- (2) Rao U. Psychological autopsy studies of suicide. *Curr Op Psych* 1994;7:330-333.
- (7) Werlang BSG, Botega NJ. A semistructured interview for psychological autopsy: an inter-rater reliability study. *Suicide Life-Threat Behav* 2003;33,3: 326-330.
- (4) Werlang BSG, Botega NJ. A Semi-Strutured Interview for Psychological Autopsy in Suicide Cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)* 2003;25,4:212-219.



## LA MEDICINA FORENSE DEL FUTURO EN GALICIA

Benito Lopez de Abajo Rodriguez

Director Instituto de Medicina Legal de Galicia

En primer lugar, y aunque resulte paradójico, quiero manifestar que no voy a aportar nada nuevo: Todo está dicho, todo está hablado hasta la saciedad en todos los foros posibles. Por ello, únicamente voy a hacer un repaso de aquello que, por sabido, quizás se haya olvidado. Sólo deseo que mis palabras sirvan para despertar estos proyectos y que pasen del mundo de las ideas, al de la realidad.

A pesar de que el título sugerido para esta ponencia era EL FUTURO DE LA MEDICINA FORENSE EN GALICIA, la verdad es que no me pareció muy apropiado ya que conlleva intrínsecamente una serie de connotaciones terminales, en el sentido de si seguirá o no existiendo, que no me agradaba en absoluto. Por lo tanto, opté por el de “La Medicina Forense del futuro en Galicia”, porque estoy totalmente convencido de que en el futuro esta disciplina seguirá existiendo, teniendo cada vez una mayor importancia dentro del concepto de las Ciencias Forenses.

Por lo tanto, voy a dar unas pinceladas rápidas, que permitan hacer un breve esbozo de lo que puedo atisbar en los tiempos venideros, a pesar de carecer de las dotes de vidente, tan necesarias para estos menesteres.

Estoy totalmente convencido que la Medicina Forense del futuro en Galicia, ha de sustentarse sobre tres pilares fundamentales, íntimamente relacionados entre sí:

- 1.-La formación de los Médicos Forenses y otro personal del IMELGA.
- 2.-La aptitud de los profesionales del IMELGA.
- 3.-La Administración.

- 1.-La formación del Médico Forense y otro personal del IMELGA.

Es una tristeza, pero creo, sinceramente, que tal como está en la actualidad el sistema de ingreso al Cuerpo de Médicos Forenses, lo único que se miden son los CONOCIMIENTOS de los aspirantes, cosa que no sería negativa si, asumiendo tal situación, se supliese posteriormente con un programa de FORMACIÓN adecuado y completo que transformase al erudito en Medicina Forense en un verdadero Médico Forense.

La formación de la Medicina Forense ha de afrontarse de una forma global, no con los parches que se están poniendo cada cierto tiempo, que, en mi opinión, no sirven absolutamente para nada.

Tenemos que empezar a reformar el sistema de acceso al Cuerpo. No podemos tener una Medicina Forense basada en memorizar un temario excesivamente extenso, obsoleto e ilógico. Tampoco podemos pretender que en 6-8-meses de práctica un licenciado en Medicina sea un Médico Forense. En esta cuestión, nuestro futuro tiene que pasar, necesariamente, por unas pruebas de selección seria, donde se demuestren unos conocimientos básicos, que podría ser la misma que superan los aspirantes a cualquier otra especialidad. Creo que o bien antes o bien después de la oposición, el aspirante a Médico Forense debería de pasar unos tres años de formación integral, perfectamente regulada y minuciosamente contrastada, utilizando Unidades Docentes creadas con Institutos de Medicina Legal, Departamentos de Medicina Legal y Hospitales Universitarios, al final de los cuales los alumnos/residentes/aspirantes recibiesen el título de Especialista en Medicina Legal y Forense, y, a partir de ahí, ya podrían presentarse a las oposiciones para ser un Médico Forense generalista. Esta sería una verdadera formación integral, donde se asimilaría el trabajo bien hecho, la disciplina profesional, la iniciación a la investigación y a la ciencia y el hábito de la publicación de trabajos. De lo contrario no me extraña que haya voces que, incomprensiblemente, clamen por la supresión de esta especialidad. Estoy convencido que con este paso desaparecerían muchos de los problemas que se están dando en nuestra profesión.

Después, una buena formación continuada a base de estancias en centros de referencia, tanto a nivel nacional como en el extranjero, formación especializada para alcanzar el grado de experto en alguno de los campos de la Medicina Forense, congresos, jornadas, publicaciones... y, lo que nunca debemos olvidar, un esfuerzo personal para tratar de estar al día en los contenidos de nuestra especialidad, cuestión imprescindible para una buena formación.

Pero esta reforma no ha de circunscribirse únicamente al campo de la Medicina Forense. Tenemos que conseguir que nuestros Psicólogos y Trabajadores Sociales adquieran un perfil específico que les permita desarrollar un trabajo tan peculiar como se está llevando en el IMELGA, que no tiene parangón con ningún otro trabajo similar que se realiza en otros estamentos.

Y otro tanto tiene que ocurrir con los auxiliares de autopsias. El futuro tiene que pasar porque la Administración entienda la enorme especialidad que supone este puesto de trabajo, que no puede ser ocupado por personas que no hayan tenido una formación seria a través, como mínimo, de un ciclo de Formación Profesional en Anatomía Patológica.

Sólo de esta forma estaremos ante unas profesiones del futuro. De lo contrario continuaremos anclados en dinámicas obsoletas que no conducen a ninguna parte.

## 2.-Actitud de los profesionales.

En la Medicina Forense cualquier tiempo pasado no fue mejor. Evidentemente: Hoy la mayoría de los Médicos Forense somos gente preocupada por nuestra profesión, que tratamos de hacer las cosas lo mejor que podemos.

Es cierto que es muy fácil criticar el trabajo de otro, cuando el que critica cuenta con todos los medios económicos a su alcance. Por otro lado, todos sabemos la fuerza de voluntad que hay que tener para trabajar en la Administración de Justicia. Pero esto no puede servirnos de disculpa para perpetuar una forma de trabajo que no fue la adecuada ni mucho menos satisfactoria.

Creo que debemos de entrar en el futuro teniendo verdadera conciencia de nuestra personalidad profesional y eso sólo se consigue llenando de contenido nuestro trabajo, no haciendo dejación de nuestras funciones en aras de la ley del mínimo esfuerzo.

El futuro de la Medicina Forense de Galicia pasa, sin excepción, por todos y cada uno de nosotros y no únicamente por la gestión de los cargos directivos. Es un error considerar la funcionalidad del IMELGA como algo que depende de otros. Es cierto que la Dirección tiene sus obligaciones y tened la absoluta seguridad que las cumple. Pero la Dirección no puede hacer mover la compleja maquinaria de todo el Instituto de Medicina Legal de Galicia. Se precisa un espíritu positivo en todos y cada uno de nosotros; que arrimemos el hombro con entusiasmo para que todos juntos

rememos en la misma dirección hacia delante y, de esa manera, podamos alcanzar metas que, de otra forma, serían totalmente imposibles.

Cualquier nuevo proyecto puede ser fácilmente boicoteado. Nada más sencillo: Sólo se precisa poner todo tipo de zancadillas, triquiñuelas e inconvenientes, que convierten el ambiente laboral en irrespirable. Y, ¿para qué?. ¿Cuál sería el fin?. ¿Volver a estar como antes?. “Como antes”, ¿en qué sentido?. ¿En el sentido de que cada uno hacía lo que buenamente quería?. ¿Es eso lo importante?. ¿Es esa la Medicina Forense de Galicia que queremos para el futuro?. Yo, desde luego, no. Y sé que la inmensa mayoría de vosotros, tampoco; y sé, también, que si el IMELGA funciona es por el esfuerzo desinteresado de la inmensa mayoría de los profesionales que lo componemos, que va mucho más allá de lo administrativamente exigible.

El Médico Forense que sueño para el futuro hace autopsias completas, rigurosas, sistemáticas y con una técnica exquisita; luego elabora informes eminentemente descriptivos y se basa en estas descripciones para realizar consideraciones cargadas de rigor científico, porque conoce sus límites y sabe hasta donde puede llegar. El Médico Forense de mi futuro realiza los informes de sanidad de acuerdo con la Resolución 75/7 del Consejo de Europa, relegando a un número mínimo de casos los famosos formularios preimpresos, que tanto se utilizaron. El Médico Forense del futuro, en fin, realiza peritajes psiquiátricos amplios, rigurosos y completos, fruto de una prolongada entrevista personal y con el apoyo de los medios complementarios más sofisticados. Esa es mi perspectiva y el objetivo a cumplir.

Puede achacársele a la Dirección una cierta debilidad en algunas cuestiones puntuales. Y estáis en lo cierto. Pero mi forma de ser me lleva a creer que todo el mundo es capaz de asumir su parcela de responsabilidad que le corresponde, sin necesidad de que nadie ande detrás con una función fiscalizadora. Se han dado normas generales y se ha dejado un margen de discrecionalidad para las Subdirecciones, debido a que cada una de ellas tiene sus peculiaridades. Pero que nadie se equivoque, esto no es una anarquía y si alguien cree que lo que debe de imperar es “el todo vale”, sepa que no me va a temblar la mano a la hora de llegar a las últimas consecuencias para reconducir la situación.

Bien, dicho esto, me gustaría dejar constancia del orgullo que siento de dirigir este proyecto y de la respuesta que la mayoría de vosotros habéis dado. Quiero aprovechar la oportunidad para daros las gracias por vuestro empeño y me gustaría que el futuro supusiese para el Médico Forense la interiorización de la

profesionalización, asumiendo sus responsabilidades en la lucha profesional cotidiana, hasta convertirse en una pieza imprescindible en la Administración de Justicia.

### 3.-La Administración.

La Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza, a través de la Dirección Xeral de Xustiza, debe de concienciarse del papel fundamental que realizamos todos los que componemos el Instituto de Medicina Legal de Galicia.

Desde el momento de su creación el IMELGA ha evolucionado de forma satisfactoria: Se han creado o adecuado sedes para acoger las distintas Subdirecciones; hemos conseguido ordenadores portátiles, impresoras en color y se ha renovado, prácticamente, el material empleado en Patología Forense.

Comprendo que este momento no es el más idóneo para realizar grandes inversiones en infraestructuras, pero creo que hemos dado muestras de suficiente paciencia como para que se considere que nuestro tiempo, por fin, ha llegado.

De todas formas el futuro tiene previsto ciertas cuestiones que, de alguna manera, mejorarán nuestro trabajo:

3.1.-La implantación de un nuevo sistema informático de gestión para el IMELGA. En este sentido se están dando los pasos necesarios para implantar una nueva versión del ASKLEPIOS, por un lado, y, por otro, estamos participando en un grupo de trabajo a nivel del Ministerio para la creación de una nueva versión del programa, que espero colme todas nuestras expectativas.

3.2.-Se está trabajando sobre la protocolización de los levantamientos de cadáver y, en breve empezaremos a utilizar un maletín para el Servicio de Guardia dotado de la más moderna tecnología.

3.3.-También se están dando los primeros pasos para la creación de una página Web del IMELGA, como una ventana imprescindible, hoy, para la divulgación de nuestra institución.

3.4.-Y, por último, un futuro no muy lejano tiene que traernos un edificio central para el Instituto de Medicina Legal de Galicia, donde, además de las consultas de Clínica y los servicios para Patología Forense, dispongamos de nuestros propios laboratorios de Toxicología, Histopatología y Genética Forenses. Es esencial que dispongamos de una sede ya que, entre otras muchas cosas, representará la

proyección de la personalidad profesional en la sociedad de todos los que formamos parte del IMELGA.

Ya para finalizar, me gustaría abordar un tema complejo que espero que en algún momento llegue a reconducirse: Las relaciones con la Universidad.

Como es sabido, pasé doce años en contacto tangencial con el mundo universitario y puedo decir que durante este tiempo hubo de todo un poco: Cosas buenas y otras menos buenas, por motivos que no vienen al caso. Lo único que quiero manifestar es que durante mucho tiempo he luchado para que hubiese una contraprestación para el Médico Forense o, simplemente, que se reconociese nuestra profesionalidad por el trabajo bien hecho, cosa que hasta hoy apenas he conseguido. Esta es mi realidad, la que subyace por debajo de las imágenes idílicas que algunos pretenden dar en determinados foros y comunicados. En fin, creo que es inaudito que a estas alturas ciertos sectores pretendiesen hablar y hacer cosas POR los Médicos Forenses y PARA los Médicos Forense, pero SIN los Médicos Forenses. El final de todo ello no sería más que una farsa insostenible, un agarrarse desesperadamente a una parcela de poder que no tiene sentido, y, en fin, crear un gigante con pies de barro que estaría abocado, irremediablemente, al más estrepitoso de los fracasos.

En este momento hay gente de la Universidad que está colaborando de forma ejemplar con los Médicos Forenses: Muchos de vosotros podéis dar testimonio de ello; pero también es cierto que hay otra gente que se sigue aprovechando sin ningún pudor de nuestro trabajo para medrar profesionalmente, como ocurrió en la bochornosa y poco afortunada Jornada que sobre la Violencia de Género en Galicia se realizó hace unos días en Santiago.

Por lo tanto, para evitar estas situaciones que nunca deberían de producirse, rompo una lanza desde esta tribuna para que las relaciones entre los Médicos Forenses y la Universidad sean una realidad. Pero eso sí, unas relaciones simbióticas saprofitas, nunca parasitarias, ni por parte de unos ni de los otros, sin traiciones ni zancadillas.

Estoy plenamente convencido de que debemos de entrar en el futuro habiendo roto los viejos prejuicios que tanto daño nos hicieron. Creo que estamos condenados a entendernos, por el bien de todos. Pero este entendimiento ha de ser en condiciones de igualdad, con un espíritu de colaboración bidireccional desinteresado, sin que ninguna de las dos partes tenga que quedar supeditada a la

otra, ni nadie resulte fagocitado en el contacto. Nadie es más importante que nadie. Todos somos eslabones necesarios en la larga cadena de la Ciencia. Creo que si partimos de una postura común real, en el sentido de que cada uno sepa lo que es, cuál es su trabajo y cuáles sus objetivos, habrán desaparecido la mayoría de los puntos de fricción que hasta este momento nos afectaron y, de esa forma, consigamos alcanzar unas prolíficas relaciones entre dos estamentos, felizmente condenados a entenderse.

# **COMUNICACIONES**



## RELACION DE COMUNICACIONES

### CLINICA FORENSE

- 1. Esguince cervical. A propósito de un caso.** Ana Pérez Vidal.
- 2. Elementos de valoración del daño corporal en las fracturas de Looser-Milkman: evaluación de un caso.** Fernando Serrulla Rech, Ana Losada Gil, Benito Lopez de Abajo Rodriguez.
- 3. Lesiones traumáticas del plexo braquial: etiología, clasificación, tratamiento e implicaciones médico-legales.** Iria Del Río Tajés , M<sup>a</sup> Angeles Romero Tirado.
- 4. Repercusión de los factores socio-culturales en la evaluación médico legal.** Ana Riera Taboas. Fernando Serrulla Rech.

### PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL FORENSE

- 1. El Psicólogo Jurídico en la Comunidad Autónoma de Galicia: El Informe Pericial.** Ana Luisa Udías Vázquez.
- 2. Pericial psicológica y técnicas de evaluación: la entrevista cognitiva.** Clara Isabel Fernández Rodicio.
- 3. Valoración clínico-legal del daño psicológico en delitos de violencia de género.** Carlos Domínguez Robledo
- 4. El suicidio ampliado.** Vicente Calvo Vinagre, Maite Elegido, Alejandra Baena Vasquez
- 5. Aportación de los equipos psicosociales al procedimiento judicial.** Ana Rey Eiriz. María Isabel Hermida Arias

### PATOLOGIA FORENSE

- 1. Disminución de la expresión del receptor 5-HT<sub>2A</sub> en la población de neuronas y neuroglia del área 10 de Brodmann y de neuronas del núcleo paraventricular del**

**hipotálamo en víctimas de suicidio en Galicia.** Cascallana Álvarez José Luis; Rubio Viqueira Begoña; Bravo Moral Ana María.

**2. Permanencia de restos epiteliales sobre objetos. Rendimiento del análisis de ADN.** Luis Francisco Hombreiro Noriega.

**3. Autopsia en el Shock Séptico. Protocolo de recogida de muestras (a propósito de dos casos).** José Luis Gómez Márquez; M<sup>a</sup> Angeles Romero Tirado

**4. Homicidio vs suicidio: la importancia del método en antropología forense.** Fernando Serrulla Rech , Maria de los Angeles Romero Tirado, Olaya Ramos Garcia.

**5. Infarto de miocardio e intoxicación por monóxido de carbono.** Belen Campos Casal.

**6. Aplicación de la biología molecular a la investigación clínica y forense de la muerte súbita cardíaca.** Allegue C, Blanco-Verea A, Gil R, Santori M, Carracedo A, Brion M.

**7.Estrangulación con lazo: etiología homicida o suicida.** Montes Somoza R., Velasco Prieto I., Cascallana Alvarez JL.

**8.Muerte por estricnina: presentación de un caso.** Ana Losada Gil, Julio Jimenez Feliz.

**9.La influencia del alcohol en las muertes violentas.**

Fernández Liste, A., Taberero Duque, M.J., López de Abajo Rodríguez, B.

**10. Suicidio combinado.** Cascón Gutiérrez, Ana I.; Pérez Gómez, Belén; Serrulla Rech, Fernando.

## COMUNICACIONES EN CLINICA FORENSE

### 1.ESGUINCE CERVICAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

ANA PÉREZ VIDAL

Dirección: C/Celso Emilio Ferreiro nº 2 bajos, 32003, Orense

Teléfono: 988 221212 Fax: 988 240177  
Email: ANA-MARIA.PEREZ2@INSS.seg-social.es

#### RESUMEN

Serradora de la pizarra de 37 años , actualmente en paro. Antecedentes de accidente de tráfico con resultado de latigazo cervical en 2008 cuando iba a su trabajo, consideración de accidente de trabajo "in itinere" con una primera baja laboral a través de Mutua de accidentes de trabajo. Posterior baja médica en 2009 por contingencia común por cuadro clínico que ella atribuye a secuelas del accidente. Valoración en INSS de IT de larga duración, expediente de Incapacidad Permanente y expediente de recalificación de contingencia del segundo período de Incapacidad Temporal .

Discusión:

- 1.- Distintas orientaciones en la valoración del daño corporal.
- 2.- Influencia de factores socioeconómicos y de la litigiosidad en la valoración de la incapacidad.

#### ANOTACIONES:

## **2. ELEMENTOS DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL EN LAS FRACTURAS DE LOOSER-MILKMAN: EVALUACION DE UN CASO.**

FERNANDO SERRULLA RECH <sup>(1)</sup>, ANA LOSADA GIL <sup>(1)</sup>, BENITO LOPEZ DE ABAJO RODRIGUEZ <sup>(2)</sup>

(1): Instituto de Medicina Legal de Galicia. Subdirección de Ourense

(2): Instituto de Medicina Legal de Galicia. Dirección. Santiago de Compostela.

Teléfono:988-687169 FAX: 988-599021 Email: [fernandoserrullarech@hotmail.com](mailto:fernandoserrullarech@hotmail.com)

### **RESUMEN:**

Presentamos un caso de lesiones en agresión en el que la víctima sufre un empujón con caída sobre la nalga derecha con la extremidad inferior derecha en separación. Se le diagnostica contusión isquiática y días después tendinitis y fractura de rama isquiática. La peculiar morfología de la fractura nos hace pensar en otras hipótesis médico legales, pero la evolución radiológica de la misma permite sostener que se trata de una fractura vinculada a la caída. Se establece como juicio diagnóstico la fractura de Looser-Milkman que es considerada un signo radiológico de la osteomalacia. Tras un periodo de consolidación lesional de unos 6 meses aceptamos un nexo de causalidad entre el traumatismo y las lesiones de tipo cierto pero parcial, entendiendo que debe existir un Estado Anterior determinante. Resolvemos la incapacidad temporal acortando al 50% aproximadamente los días improductivos sin incapacidad permanente vinculada al traumatismo.

### **ANOTACIONES:**

### **3.LESIONES TRAUMÁTICAS DEL PLEXO BRAQUIAL: ETIOLOGÍA, CLASIFICACIÓN, TRATAMIENTO E IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES**

IRIA DEL RÍO TAJES (1) , M<sup>a</sup> ANGELES ROMERO TIRADO (2)

Dirección: Subdirección de Pontevedra del IMELGA C/ Tomás y Valiente S/N Edificio de los Juzgados "La Parda" (Pontevedra)

Teléfono: 986805886

Fax:986805885

Email: (1) ivirobaleira@hotmail.com (2) poqueca22@yahoo.es;

#### **RESUMEN**

**OBJETIVOS DEL TRABAJO:** conocer las causas y distintos tipos de lesiones del plexo braquial, su evolución y posibles secuelas con las implicaciones médico legales que éstas entrañan.

**MATERIAL Y METODOS:** estudio comparativo de dos casos clínicos con evoluciones diferentes

**RESULTADOS:** dependiendo del nivel de la lesión, los resultados del tratamiento quirúrgico son muy dispares, desde una recuperación funcional prácticamente completa, a la pérdida completa de la movilidad del miembro superior.

**CONCLUSIONES:** a pesar de las nuevas técnicas quirúrgicas neuroreconstructivas, no es posible obtener resultados positivos en lesiones preganglionares, las cuales provocan secuelas gravemente invalidantes, con el agravante de que suelen tratarse de pacientes jóvenes, ya que las principales mecanismos de producción son obstétricas o accidentales (en especial por accidentes de circulación en moto).

#### **ANOTACIONES:**

## **4.REPERCUSIÓN DE LOS FACTORES SOCIO-CULTURALES EN LA EVALUACIÓN MÉDICO LEGAL**

RIERA TÁBOAS, ANA; SERRULLA RECH, FERNANDO

Dirección: Imelga – Subdirección Territorial de Vigo – Calle Lalín nº 4 – 36209 Vigo

Teléfono: 986.81.73.58

Fax: 986.81.73.59

Email: anakaskon@yahoo.es

### **RESUMEN**

En la presente comunicación se exponen las dificultades que se plantean en la valoración médico forense, desde el punto de vista psiquiátrico, derivadas de las diferencias socioculturales.

La cultura juega un papel importante en la vida de un individuo ya que las creencias, los hábitos, las costumbres y las escalas de valores condicionan nuestro comportamiento. Cuando este comportamiento entra en conflicto con las normas legales, es preciso diferenciar si ese comportamiento es patológico, si esta condicionado por factores socioculturales y, si puede modificar, y en que grado, la responsabilidad de cada persona.

Es en esta valoración cuando surgen diferentes conflictos. En primer lugar, en numerosos casos, no ha existido un contacto previo con los recursos asistenciales de tipo psiquiátrico o, cuando ha existido, ha sido en momentos puntuales, sin haberse alcanzado un diagnóstico definitivo al no poderse realizar un seguimiento del paciente. Durante el propio reconocimiento, pueden darse dificultades de tipo idiomático y conceptuales que, sin duda, pueden modificar el resultado de la entrevista. Finalmente, la existencia en grupos minoritarios o inmigrantes, de leyes propias o el desconocimiento de las leyes del lugar de acogida, derivan en una falta de motivación por la norma penal, pudiendo alterar el grado de responsabilidad.

### **ANOTACIONES:**

# COMUNICACIONES EN PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL FORENSE

## 1. EL PSICÓLOGO JURÍDICO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA: EL INFORME PERICIAL.

ANA LUISA UDIAS VÁZQUEZ.

Dirección: Doctor Fleming nº 30-A-3º C- c.p. 32003-OURENSE.

Teléfono: 686189538

Email: audias2001@yahoo.es

### RESUMEN:

La situación del psicólogo jurídico en su actuación en el ámbito privado conforme a las instrucciones de la Sección de Psicología jurídica en el Colegio de Psicología de Galicia y la actuación del psicólogo en el ámbito de la Administración gallega, la Xunta de Galicia a través de listas de contratación o el proceso selectivo correspondiente.

La actuación del psicólogo de la Xunta no se requiere ningún tipo de formación específica en los diferentes ámbitos profesionales, en cambio en el Colegio de Psicología, existen secciones que permiten aquellos colegiados tener una formación específica en la sección o secciones que cada colegiado/a opta.

No obstante, la incorporación conforme a lo establecido en la declaración de Bolonia de la titulación de Psicología a Grado y el reconocimiento del Máster o las enseñanzas de postgrado, lleva al psicólogo jurídico a:

- Tener una especialización en este campo, es decir estar en posesión de un título de formación específica con un título de postgrado tanto para el desarrollo de este trabajo en la Administración de Justicia como su actuación de perito forense.
- Adquirir en la propia formación de grado en psicología, un conocimiento en el área de diseños de investigación que es la base de la elaboración de un Informe jurídico psicológico, conforme a los siguientes puntos: *El método de trabajo se ajuste al método científico, conforme al sistema hipotético-deductivo que emplea la psicología.*

### ANOTACIONES:

## **2. PERICIAL PSICOLÓGICA Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN: LA ENTREVISTA COGNITIVA.**

CLARA ISABEL FERNÁNDEZ RODICIO.

Dirección: Calle Bedoya, nº 5 – 2º izqda. OURENSE.

Teléfono: 600570425 Email: cirodicio@hotmail.com

### **RESUMEN:**

La entrevista dentro de la psicología y en todos sus campos de aplicación es un componente muy importante que permite conocer y analizar los rasgos más importantes y característicos de un individuo, un grupo, una pareja, una familia, una víctima, etc, según sea el caso. Pero hay que tener en cuenta que la entrevista forma parte de un proceso de evaluación psicológica, y por ello es importante tener en cuenta diversos aspectos relevantes a la hora de afrontarla, especialmente en el caso de la entrevista cognitiva.

La pericia psicológica en el ámbito judicial tiene una finalidad probatoria, no terapéutica y estos elementos superan el análisis del estado actual del paciente y poco tiene que ver con su futura recuperación. Lo que interesa es determinar el origen, la gravedad, la evolución y los efectos del malestar psíquico.

En el contexto judicial de evaluación conviene distinguir entre:

- Las pruebas de tipo general: la entrevista.
- Las pruebas específicas.- Las técnicas psicométricas, cuestionarios de personalidad y otras técnicas de evaluación.
- Los instrumentos de evaluación forense.

En la evaluación forense fueron surgiendo instrumentos específicos de entre los que surge la entrevista cognitiva, que fue diseñada en la década de los 80 en Estados Unidos, por Fisher y Geiselman. Originariamente se empleaba como una técnica para obtener información de testigos adultos, y posteriormente se adaptó a niños.

**Palabras clave:** contexto judicial, evaluación forense, entrevista cognitiva.

### **ANOTACIONES:**



### **3.VALORACIÓN CLÍNICO-LEGAL DEL DAÑO PSICOLÓGICO EN DELITOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.**

CARLOS DOMÍNGUEZ ROBLEDO

Dirección: Juan XXIII 10 8º - 32003 Ourense

Teléfono: 988 218318

#### **RESUMEN**

En el presente -debido a la alarma social que suscitan los Delitos de Violencia de Género-, tanto los Tribunales Penales, el Ministerio Fiscal, la acusación particular y los letrados que ejercen la defensa, exigen de los peritos forenses un diagnóstico fundamentado y un pronóstico preciso del Daño Psicológico que padece la víctima. Es necesario valorar jurídicamente con objetividad y certeza, la dimensión y medición del daño infringido, las secuelas o la invalidez provocada, el grado de merma en la calidad de vida de la víctima y su posible tratamiento o rehabilitación, cuantificando el resarcimiento del daño.

Se requiere del forense -en calidad de experto-, un encuadre clínico legal de su dictamen, debiendo ser riguroso en aplicar la metodología científica apropiada y las estrategias más eficaces que permitan analizar, integrar e interpretar los resultados obtenidos en la exploración clínico pericial de la víctima de la violencia. El Informe Pericial debe contemplar tanto el objeto del mismo, la metodología aplicada en la exploración clínica, como los procedimientos y técnicas implementadas. Se debe formular la información de forma precisa y comprensible para profesionales de la judicatura. La prueba pericial aportada debe reflejar con claridad, objetividad y exactitud, tanto los datos como los resultados obtenidos y las conclusiones pertinentes. La corroboración empírica del daño psicológico hallado conforme criterios clínicos, como las lesiones psíquicas y sus secuelas deben fundamentarse, comunicando ampliamente toda la información que solicite el Tribunal como las partes en litigio para la debida administración de justicia, desarrollando esta tarea expositiva e interpretativa con criterio didáctico-pedagógico.

#### **ANOTACIONES:**

## 4. EL SUICIDIO AMPLIADO

VICENTE CALVO VINAGRE, MAITE ELEGIDO, ALEJANDRA BAENA VASQUEZ

Dirección: C/ Príncipe de Vergara 246, Madrid

Teléfono: 91 514 60 00 Fax: email: vcalvo@guardiacivil.es

### RESUMEN

#### SUICIDIO AMPLIADO:

Conceptuado por Strassman como el acto en el que el suicida arrastra consigo a otras personas de su propia familia o del grupo social cercano, sin que éstas lo deseen.

MOTIVACIÓN: Violencia de género, Homicidio-Suicidio, Homicidio por compasión, Trastorno psiquiátrico

#### PREVENCIÓN:

1.- El paso más importante para conseguirlo sería la identificación del caso, por parte de los Servicios Médicos y Servicios Sociales.

2.- Identificación de población de alto riesgo mediante la elaboración de programas de prevención y otros que ofrezcan competencias y habilidades en personas jóvenes. Debemos señalar la importancia que nos merece la detección de otros factores por parte de los servicios mencionados que agravarían los cuadros afectivos y que podrían haber contribuido en los casos estudiados al homicidio-suicidio:

- el consumo de alcohol o sustancias.
- las dificultades económicas.
- las escasas habilidades en la relación interpersonal.

3.- Ejercicio de una información responsable en medios de comunicación.

#### ESTADÍSTICAS RECIENTES

Según los últimos datos del INE, el suicidio ha pasado a ser la primera causa de muerte no natural entre la población española, seguida de los accidentes de tráfico.

#### ESTUDIO DE CASOS:

(N = 25, Casos en demarcación Guardia Civil durante los años 2008 y 2009).

Nacionalidad víctimas y agresores: españoles.

Hecho: Una sola víctima y consumación del suicidio por parte del agresor.

Motivación: violencia de género y homicidio por compasión. A tener en cuenta el homicidios suicidio.

Agresor: varón, de entre 31 y 40 años o mayor de 60, normalmente casado y consuma el suicidio.

Víctima: mujer, entre 31 y 40 años (18%) o mayor de 60 (36%), también es muy significativo el porcentaje de menores fallecidos (18 %).

### ANOTACIONES:

## **5.APORTACIÓN DE LOS EQUIPOS PSICOSOCIALES AL PROCEDIMIENTO JUDICIAL**

ANA REY EIRIZ <sup>(1)</sup>. MARÍA ISABEL HERMIDA ARIAS <sup>(2)</sup>

(1): Psicóloga. IMELGA. Santiago de Compostela.

(2): Trabajadora Social IMELGA Santiago de Compostela

DIRECCION: Edif Xulgados 4ª Planta. Rúa Viena s/n. Santiago de Compostela TFNO: 981540481

EMAIL: (1): [anaeiriz@hotmail.com](mailto:anaeiriz@hotmail.com)

### **RESUMEN:**

La complejidad de los fenómenos sociales y la interacción entre los mismos justifica la concurrencia de distintas ciencias en el abordaje de las cuestiones. Por ello debemos ampliar el conocimiento de lo que desde la Psicología y Trabajo Social se puede aportar al procedimiento judicial. Desde el Equipo Psicosocial abogamos no sólo por la valoración desde distintas disciplinas, sino por el abordaje de los casos desde una óptica interdisciplinar.

La aportación de la **Psicología** al procedimiento se centraría en la evaluación de la conducta y personalidad del sujeto mediante entrevistas y pruebas psicométricas específicas cuyos resultados se volcarán en informes sobre imputabilidad, peligrosidad, in/capacidad, secuelas psíquicas y neuropsicológicas de diversa casuística. También se realizan valoraciones específicas de psicología forense como las de credibilidad del testimonio, guarda y custodia de menores, régimen de visitas, idoneidad de la persona para la adopción y/o para la tutoría de un/a incapaz, etc. La actuación concreta se refiere a la evaluación de las relaciones y pautas de interacción, aspectos de la personalidad, inteligencia, aptitudes, actitudes, etc.

Por su parte, el **Trabajo Social** incorpora a los procedimientos penales (violencia de género, doméstica, imputabilidad, cambio en medidas judiciales,...), civiles (incapacitaciones, nombramiento de tutor/a,...), de familia (guarda y custodia, régimen de visitas, idoneidad en adopción) o de menores, conocimientos sobre las relaciones familiares, los problemas de interacción entre la persona, la familia y su entorno, las dificultades de acceso a los servicios sociales y a las prestaciones comunitarias de salud, educación, vivienda, etc... y la detección de situaciones de riesgo social. Proporcionamos información sobre el contexto social y relacional de la persona, para explicar los factores condicionantes de su conducta, la reiteración de conductas delictivas, la cronicidad de los procesos de victimización, la adaptación familiar y del entorno, etc.

### **ANOTACIONES:**

## COMUNICACIONES EN PATOLOGIA FORENSE

### 1. DISMINUCIÓN DE LA EXPRESIÓN DEL RECEPTOR 5-HT<sub>2A</sub> EN LA POBLACIÓN DE NEURONAS Y NEUROGLIA DEL ÁREA 10 DE BRODMANN Y DE NEURONAS DEL NÚCLEO PARAVENTRICULAR DEL HIPOTÁLAMO EN VÍCTIMAS DE SUICIDIO EN GALICIA.

CASCALLANA ÁLVAREZ JOSÉ LUIS; RUBIO VIQUEIRA BEGOÑA; BRAVO MORAL ANA MARÍA.

Dirección: Armando Duran s/n. Ed. Xulgados. Subdirección de Lugo del IMELGA

Teléfono: 630616870

Fax: 982294868

Email: joseluis.cascallana@usc.es

La tasa de suicidios en Galicia es la más alta de España y, en la provincia de Lugo, la más alta de las cuatro provincias gallegas. En este estudio hemos marcado y cuantificado, mediante técnicas de inmunohistoquímica, la expresión del receptor 5-HT<sub>2A</sub> en células de la corteza prefrontal, hipocampo, núcleo paraventricular del hipotálamo y amígdala cerebral en víctimas de suicidio (n=5) y fallecidos por muerte súbita cardíaca (n=5), considerados como controles. Los suicidas murieron de forma rápida por precipitación o ahorcamiento; el tiempo entre la muerte y la autopsia fue inferior a 24 h, se excluyeron aquellos casos con antecedentes de trastornos psiquiátricos, enfermedades sistémicas crónicas o que recibieron tratamientos que afectaban al SNC o corticosteroides. Los controles, con edades similares, cumplieron los mismos criterios de exclusión. Las muestras fijadas en formaldehído fueron talladas mediante cortes coronales de *Jackob*. Los bloques de parafina se cortaron a 5 µm de grosor y las secciones fueron incubadas con el anticuerpo anti-receptor 5-HT<sub>2A</sub>. Se cuantificó el número de células cromógeno positivas mediante un procedimiento de estereología sin sesgos. Los fallecidos víctimas de suicidio mostraron un porcentaje de neuronas y de células de la glía que expresan el receptor de 5-HT<sub>2A</sub> significativamente menor, en comparación con los controles, en el área 10 de *Brodman* de la corteza prefrontal (p=0,001 y p=0,031 respectivamente). Esta hipofunción contrasta con estudios previos en los que han detectado una mayor expresión del receptor 5-HT<sub>2A</sub> en el área prefrontal 9 de *Brodman* en suicidas, lo que sugiere una hiperfunción compensadora y abre nuevas vías de investigación. En suicidas también observamos un porcentaje de neuronas 5-HT<sub>2A</sub>+ significativamente menor que en controles (p=0,034), en el núcleo paraventricular del hipotálamo. En el resto de los núcleos estudiados las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Hasta donde llega nuestro conocimiento, este es el primer estudio que cuantifica la expresión del receptor 5-HT<sub>2A</sub> en el núcleo paraventricular del hipotálamo en humanos.

#### **ANOTACIONES:**

## **2.PERMANENCIA DE RESTOS EPITELIALES SOBRE OBJETOS. RENDIMIENTO DEL ANÁLISIS DE ADN.**

LUIS FRANCISCO HOMBREIRO NORIEGA

Dirección: Laboratorio de Biología – ADN, Jefatura Superior de Policía de Galicia. C/Médico Devesa Nuñez nº 4, 15008, A Coruña.

Teléfono: 6587781560 Fax: 981 151 419 Email: acoruna.adn@policia.es

El éxito en la recuperación de restos epiteliales por contacto o fricción en objetos y superficies de las escenas del delito es altamente variable y viene determinado por un amplio abanico de factores, desde las características del donante, la superficie de adhesión de los restos biológicos, el propio medio ambiente del lugar (temperatura, humedad, etc), así como las condiciones de recogida de dichas trazas. Es evidente el importante valor forense y penal de la recuperación de estos restos biológicos, pudiendo ser en muchos casos pruebas de cargo en los procedimientos judiciales que justifiquen una condena.

Un estudio del Centro de Ciencias Forenses de Sidney (Australia) indica que, bajo condiciones ambientales controladas, la cantidad de ADN recogida de restos epiteliales sobre diferentes superficies decae aproximadamente a partir de la segunda semana. El límite de detección para considerar concluyente una analítica se encuentra en torno a las seis semanas.

Dichos datos, así como otros estudios relacionados que se expondrán y que cuantifican los rangos de sensibilidad de las técnicas de análisis de ADN que se aplican hoy en día, recomiendan un procesado meticuloso de las escenas del crimen así como una recogida eficiente de los restos biológicos sobre las diferentes superficies.

### **ANOTACIONES:**

### **3. AUTOPSIA EN EL SHOCK SÉPTICO. PROTOCOLO DE RECOGIDA DE MUESTRAS (A PROPÓSITO DE DOS CASOS)**

JOSÉ LUIS GÓMEZ MÁRQUEZ; M<sup>a</sup> ANGELES ROMERO TIRADO

Dirección: Subdirección Territorial Pontevedra (IMELGA). Ed. Juzgados. Plaza Tomás y Valiente s/n 36004

Teléfono: 986805886 Fax: 986805885  
Email: joseluisgomezmarquez@gmail.com

Texto: Se aborda las sistemáticas de autopsia en los casos de sospecha de shock séptico a propósito de dos casos de muerte súbita infantil.  
Protocolo de recogida de muestras y las condiciones que han de adoptarse para conseguir la mayor asepsia posible.

#### **ANOTACIONES:**

#### **4. HOMICIDIO VS SUICIDIO: LA IMPORTANCIA DEL METODO EN ANTROPOLOGIA FORENSE**

FERNANDO SERRULLA RECH <sup>(1)</sup>, MARIA DE LOS ANGELES ROMERO TIRADO <sup>(2)</sup>, OLAYA RAMOS GARCIA <sup>(2)</sup>

(1): Instituto de Medicina Legal de Galicia. Unidad de Antropología Forense. Hospital de Verin 32600 VERIN (OURENSE).

(2): Instituto de Medicina Legal de Galicia. Subdirección de Pontevedra.

Teléfono-Fax: 988599021

Email: [fernandoserrullarech@hotmail.com](mailto:fernandoserrullarech@hotmail.com)

**RESUMEN:** Presentamos la investigación policial y forense realizada en relación con la aparición en 2006 de un esqueleto casi completo junto con un gran número de objetos asociados entre los que había una 'nota suicida' en el interior de un bote. La investigación tuvo lugar en 2006 pero fue reabierta en 2009. Los diferentes investigadores participantes sustentan hipótesis distintas. El nuevo estudio no aclaró los datos fundamentales de toda investigación forense (identificación, causas de muerte y origen de la muerte), sin embargo aportó datos de interés respecto a la data y origen médico legal de la muerte. El caso es a nuestro entender un caso complejo de resolver en el que se pone de manifiesto: 1º) La necesidad de aplicar metodología arqueológica en el levantamiento de restos óseos forenses; 2º) La importancia de describir los métodos empleados en todo informe forense y 3º) La necesidad de utilizar el denominado *informe forense integrado* que permita exponer todos los métodos y resultados obtenidos en la investigación.

#### **ANOTACIONES:**

## **5.INFARTO DE MIOCARDIO E INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO**

BELÉN CAMPOS CASAL

Dirección: C/ Lalín nº 4. Edificio nuevo de los juzgados. Clínica Médico Forense

Teléfono: 986.817358 Fax: 986.817359 Email: mdfbecam@yahoo.es

### **RESUMEN:**

Se presenta el caso de un varón de 49 años, fumador, que fallece súbitamente en su domicilio.

Durante la diligencia de levantamiento del cadáver, la mujer del difunto relata que había comenzado a sentir un cuadro de mareos y cefalea, por lo que decidió salir a la calle a tomar el aire. Ella lo acompañó porque también estaba algo mareada. Tras mejorar de su malestar, regresaron al domicilio y el marido comenzó a referir al rato un cuadro de dolor torácico falleciendo al rato.

Dados los datos facilitados por la esposa y la sospecha de una intoxicación por monóxido de carbono, se procede a airear la vivienda y apagar el calentador.

El estudio macroscópico de la autopsia revela una sangre fluida y de color rosado y un edema pulmonar acarminado. La superficie externa del corazón muestra una equimosis subpericardica en cara anterior de ventrículo derecho y varias calcificaciones coronarias.

Los datos histopatológicos demuestran la presencia de una aterosclerosis y calcificación coronaria con oclusión entorno a 70% de coronaria derecha y superior al 90% en la descendente anterior, con presencia de trombo plaquetario en su luz.

El estudio químico-toxicológico confirma el hallazgo de una carboxihemoglobina del 25%.

Si bien los valores de carboxihemoglobina hallados no están en parámetros letales, es posible que intoxicaciones por monóxido de carbono de no más de 10-20% puedan desencadenar un infarto agudo de miocardio en sujetos con cardiopatía avanzada previa. La fisiopatología es triple. Por un lado, la unión del tóxico a la hemoglobina reduce la capacidad de transporte de oxígeno. Por otro, hay una menor cesión de oxígeno a los tejidos. Y por último, la inhibición de la actividad citocromo-oxidasa por el CO a nivel mitocondrial.

### **ANOTACIONES:**



## **6. APLICACIÓN DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR A LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y FORENSE DE LA MUERTE SÚBITA CARDÍACA.**

ALLEGUE C, BLANCO-VEREA A, GIL R, SANTORI M, CARRACEDO A, BRION M.

Dirección: Instituto Medicina Legal Universitario. Rúa San Francisco s/n. 15782 Santiago de Compostela

Teléfono: 881812311

Fax: 981580336

Email: catarina.allegue@usc.es

### **RESUMEN:**

En el desarrollo de la muerte súbita cardíaca (MSC) que afecta a un elevado número de individuos jóvenes aparentemente sanos, están implicadas diversas patologías fenotípica y genotípicamente heterogéneas. A grandes rasgos, las patologías que subyacen tras la MSC pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: miocardiopatías estructurales -en las que se puede detectar algún hallazgo morfológico en el corazón tal como hipertrofia o dilatación cardíaca y desórdenes arritmogénicos -en los que no se detecta malformación cardíaca ya que la muerte tiene lugar debido a un fallo arritmogénico fatal-. Se han descrito un gran número de mutaciones en un elevado -y creciente- número genes implicados en el desarrollo de dichas patologías.

A la vista de estos datos, hemos desarrollado una estrategia de detección de variantes genéticas descritas en bibliografía científica y en bases de datos, localizadas en los principales genes implicados en el desarrollo de la Miocardiopatía Hipertrofica Familiar (MCH) y el Síndrome de QT largo (SQTL). La detección de dichas variantes se lleva a cabo de forma rápida y efectiva por medio de la plataforma de genotipado Sequenom MassARRAY<sup>®</sup> System (*Sequenom Inc.*). Así, hemos llevado a cabo el estudio genético de 110 casos con antecedentes personales o familiares de MSC, seleccionando la estrategia de detección de variantes adecuada a cada caso en particular en función de la historia clínica o informe forense que se nos proporcionó.

El estudio genético de los casos de MSC resulta de gran utilidad no sólo para determinar la causa de muerte, sino también para los familiares que podrán ser asesorados por un grupo multidisciplinar de profesionales médicos, genetistas, farmacéuticos y psicólogos que evaluarán el riesgo en cada caso y guiarán la terapia más adecuada.

### **ANOTACIONES:**

## **7. ESTRANGULACIÓN CON LAZO: ETIOLOGÍA HOMICIDA O SUICIDA.**

MONTES SOMOZA, R., VELASCO PRIETO L., CASCALLANA ÁLVAREZ JL.

Dirección: IMELGA. Subdirección Territorial de Lugo

Teléfono: 982294871

Email: rosariomontes@yahoo.es

### **RESUMEN**

Presentamos el caso de una mujer de 64 años, cuyo cadáver aparece en el interior de su vivienda con un cable de teléfono enrollado 25 vueltas alrededor del cuello, con los extremos del mismo hacia atrás. Su hermano y único conviviente del domicilio es detenido por la policía como sospechoso pero se declara inocente. Se practicó autopsia medicolegal completa. Se describen hallazgos correspondientes a la región cervical compatibles con surco de estrangulación a lazo, signos asfícticos inespecíficos, equimosis en diversas áreas sugestivas de vitalidad de las lesiones y lesiones traumáticas compatibles con defensa y lucha...todo lo cual sugiere una etiología homicida. La investigación analítica y pruebas complementarias arrojaron dudas sobre el caso: los análisis toxicológico y biológico resultaron negativos para tóxicos y no se detectó esperma ni ADN masculino. En los extremos del cable empleado se encontró únicamente perfil genético de la fallecida. Se discuten los aspectos médico forenses más relevantes del caso y las dificultades para determinar la etiología médico legal de la muerte, comparándolas con otros casos similares publicados.

### **ANOTACIONES:**

## 8. MUERTE POR ESTRICNINA: PRESENTACION DE UN CASO

ANA LOSADA GIL (1), JULIO JIMENEZ FELIZ (2)

(1) Médico Forense. Subdirección de Ourense. Instituto de Medicina Legal de Galicia

(2) Médico Forense, Subdirector. Subdirección de Ourense. Instituto de Medicina Legal de Galicia.

Dirección: Subdirección de Ourense. Instituto de Medicina Legal de Galicia. Pza Concepción Arenal s/n Antiguo Edif Cámara de la Propiedad. 32071 OURENSE.

CONTACTO: (1):Tfno: 988687012-988687169; email: ana3lg@yahoo.es

### RESUMEN:

Presentamos el caso de un varón de 64 años que fallece en su domicilio, una aldea rural de la montaña de Ourense. El caso se presenta desde el punto de vista Médico Forense como un caso más de muerte natural que no quiere firmar el médico de urgencias. La investigación médico forense detallada en la escena revela que la víctima había encontrado una bolsa con comida y vino en el monte y que la llevó a casa consumiendo un vaso del vino. Según la esposa poco después se sintió indispuerto y cayó al suelo. El examen forense revela una discreta cantidad de vómito. La autopsia se dirige hacia la muerte natural aunque existe la sospecha de intoxicación. Trasladados estos datos de sospecha al laboratorio se confirma la presencia en sangre y orina de estriknina en dosis letales.

CONCLUSIONES: Consideramos que deben extraerse del presente caso las siguientes conclusiones: 1) Recordar siempre que la autopsia comienza en el levantamiento del cadáver y que éste debe ser lo más completo posible. 2) La estriknina no es un veneno que se analice sistemáticamente en los *screening* toxicológicos de muertes súbitas, por lo tanto si no se sospecha alguna forma de intoxicación es probable que no se diagnostiquen estas muertes violentas con la gran trascendencia judicial que ello tiene.

### ANOTACIONES:

## **9.LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LAS MUERTES VIOLENTAS**

FERNÁNDEZ LISTE, A., TABERNEIRO DUQUE, M.J., LÓPEZ DE ABAJO RODRÍGUEZ, B.

Dirección: Imelga, Armando Durán, s/n, 27002, Lugo

Teléfono: 982-294-871

Email: albertofliste@gmail.com

### **RESUMEN:**

Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal para conocer las características de las muertes violentas relacionadas con el consumo de alcohol étílico registradas en el Instituto de Medicina Legal de Galicia (Imelga) en la Subdirección Territorial de Lugo entre los años 2007 y 2009.

Se han obtenido un total de 84 casos de alcoholemia positiva, que suponen el 17'75% del total de casos registrados por el Instituto en ese período. De ellos, en la práctica totalidad eran varones, de edad media y con un consumo principalmente en los fines de semana, destacando el sábado sobre cualquier otro día. La etiología Médico-Legal más frecuente ha sido la accidental, principalmente los relacionados con la seguridad vial. El modelo de consumo es, en su mayoría, el monoconsumo, siendo la alcoholemia media de 1'56 g/L, encontrándose diferencias importantes en relación a la distribución de la población, destacando el municipio de A Fonsagrada, con la tasa más alta.

### **ANOTACIONES:**

## **10.SUICIDIO COMBINADO**

CASCÓN GUTIÉRREZ, ANA I.; PÉREZ GÓMEZ, BELÉN; SERRULLA RECH, FERNANDO

Dirección: Imelga – Subdirección Territorial de Vigo – Calle Lalín nº 4 – 36209 Vigo

Teléfono: 986.81.73.58

Fax: 986.81.73.59

Email: anakaskon@yahoo.es

### **RESUMEN:**

En la presente comunicación se muestra el caso de un suicidio combinado de un varón de 75 años de edad.

Se exponen las lesiones de los gestos autolíticos presentes en el cadáver en forma de heridas incisivas en las flexuras de ambas muñecas, surco de ahorcadura, lesiones de precipitación y electrocución.

El fallecimiento se produjo finalmente por electrocución. El individuo se precipitó por una ventana, y en su caída interceptó los cables de electricidad extendidos entre dos edificios, en un día de lluvia.

### **ANOTACIONES:**

## HOJA DE VOTACION DE LA MEJOR COMUNICACION

Anotar SOLO una X en la que consideres MEJOR COMUNICACIÓN  
Arrancar y entregar la hoja al Comité Científico al final de la Jornada.

1. <b>Esguince cervical. A propósito de un caso.</b> Ana Pérez Vidal.	
2. <b>Elementos de valoración del daño corporal en las fracturas de Looser-Milkman: evaluación de un caso.</b> Fernando Serrulla Rech, Ana Losada Gil, Benito Lopez de Abajo Rodriguez.	
3. <b>Lesiones traumáticas del plexo braquial: etiología, clasificación, tratamiento e implicaciones médico-legales.</b> Iria Del Río Tajés , M <sup>a</sup> Angeles Romero Tirado.	
4. <b>Repercusión de los factores socio-culturales en la evaluación médico legal</b> .Ana Riera Taboas. Fernando Serrulla Rech.	
5. <b>El Psicólogo Jurídico en la Comunidad Autónoma de Galicia: El Informe Pericial.</b> Ana Luisa Udias Vázquez.	
6. <b>Pericial psicológica y técnicas de evaluación: la entrevista cognitiva.</b> Clara Isabel Fernández Rodicio.	
7. <b>Valoración clínico-legal del daño psicológico en delitos de violencia de género.</b> Carlos Domínguez Robledo	
8. <b>El suicidio ampliado.</b> Vicente Calvo Vinagre, Maite Elegido, Alejandra Baena Vasquez	
9. <b>Aportación de los equipos psicosociales al procedimiento judicial.</b> Ana Rey Eiriz. María Isabel Hermida Arias	
10. <b>Disminución de la expresión del receptor 5-HT<sub>2A</sub> en la población de neuronas y neuroglia del área 10 de Brodmann y de neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo en víctimas de suicidio en Galicia.</b> Cascallana Álvarez José Luis; Rubio Viqueira Begoña; Bravo Moral Ana María.	
11. <b>Permanencia de restos epiteliales sobre objetos. Rendimiento del análisis de ADN.</b> Luis Francisco Hombreiro Noriega.	
12. <b>Autopsia en el Shock Séptico. Protocolo de recogida de muestras (a propósito de dos casos).</b> José Luis Gómez Márquez; M <sup>a</sup> Angeles Romero Tirado	
13. <b>Homicidio vs suicidio: la importancia del método en antropología forense.</b> Fernando Serrulla Rech , Maria de los Angeles Romero Tirado, Olaya Ramos Garcia.	
14. <b>Infarto de miocardio e intoxicación por monóxido de carbono.</b> Belen Campos Casal	
15. <b>Aplicación de la biología molecular a la investigación clínica y forense de la muerte súbita cardíaca.</b> Allegue C, Blanco-Verea A, Gil R, Santori M, Carracedo A, Brion M.	
16. <b>Estrangulación con lazo: etiología homicida o suicida.</b> Montes Somoza R., Velasco Prieto I., Cascallana Alvarez JL.	
17. <b>Muerte por estricnina: presentación de un caso.</b> Ana Losada Gil, Julio Jimenez Feliz.	
18. <b>La influencia del alcohol en las muertes violentas.</b> Fernández Liste, A., Tabernero Duque, M.J., López de Abajo Rodríguez, B.	
19. <b>Suicidio combinado.</b> Cascón Gutiérrez, Ana I.; Pérez Gómez, Belén; Serrulla Rech, Fernando.	