

EL SUICIDIO POR DEGÜELLO Y SU INCIDENCIA EN GIPUZKOA A FINALES DEL SIGLO XX

David del VALLE PÉREZ

*Médico Forense del Instituto Vasco de Medicina Legal
San Sebastián*

Resumen: Se revisa la técnica de muerte por degüello en su etiología médico-legal suicida, detallando los hallazgos más característicos en su ejecución, junto con las peculiaridades más relevantes derivadas de una ampliada evaluación de la escena, y la posterior investigación forense de antecedentes psicobiográficos y/o tóxicos que pudieran relacionarse con este tipo de muerte. Se realiza una revisión estadística sobre los degüellos suicidas ocurridos en la provincia de Gipuzkoa en los años 1991 a 2000, y se establecen, igualmente, aquellas diferencias a tener en cuenta con la etiología homicida.

Laburpena: Bere buruaz beste egiteko lepoa mozteko era edo teknika aztertzen da, aurrera eramateko ezauzgarriak zehaztuz, eszenatokiari bere garrantzia emanez, guzti hori ikuspegi mediku-legalaren bitartez, ondoren egiten den ikerketa forenseari bere garrantzia emanez, eta aurrekari psikobiografiko eta toxikoak aztertuz. Errebisio estadistiko bat egiten da, 1991 eta 2000 urte artean Gipuzkoako probintzian eman diren kasuei buruz.

Résumé: On révisé la technique de décès par égorgement dans son étiologie suicide médicale et légale, en détaillant les découvertes les plus caractéristiques dans son exécution, avec les particularités les plus significatives dérivées d'une évaluation de la scène, et la postérieure recherche légiste d'antécédents psychobiographiques et/ou toxiques qui pourraient être mise en rapport avec ce type de décès. On effectue une révision statistique sur les suicides par égorgement produits dans la province de Gipuzkoa durant les années 1991 à 2000, et on établit, également, les différences à tenir compte avec l'étiologie de l'homicide.

Summary: The technique of throat cutting was revised in the field of suicidal medico-legal aetiology. This was done by giving details of the most characteristic findings in its execution, looking into its most relevant peculiarities. The data were derived from a thorough investigation of the scene and a latter forensic investigation of psychobiographical and/or toxicological history that might be related to this type of death. I carried out a statistical review of the suicidal throat cutting cases that have taken place in the province of Gipuzkoa in the years 1991-2000. At the same time I determined the differences with homicidal aetiology that should be taken into account.

Palabras clave: Degüello, Levantamiento del cadáver, Escena, Indicios y evidencias, Psicopatología.

Hitzik garrantzizkoenak: Lepamoztea, Hilotza altxatzea, Eszenatokia, Arrastoak eta ebidentziak, Psikopatologia.

Mots clef: Égorgement, Levée du corps, Scène, Indices et preuves, Psychopathologie.

Key words: Throat cutting. Removal of the body. Scene. Trace and evidence. Psychopathology.

INTRODUCCIÓN

El degüello ha sido definido como la lesión en la cara anterior del cuello producida con un arma cortante que, a veces, alcanza una profundidad verdaderamente notable, interesando todos los órganos de la región hasta planos prevertebrales (1).

Una descripción clásica del degüello lo ha caracterizado como la herida infringida a nivel cervical, con un arma cortante, que produce lesiones de distinta profundidad, en general, vasculares, de vía aérea y de elementos musculares, nerviosos e incluso viscerales (tiroides), pudiendo llegar a planos prevertebrales y que en un amplio porcentaje de los casos lleva a la muerte del sujeto.

El degüello, sin embargo, responde en su origen lesivo a variedad de instrumentos que engloban, desde las armas blancas y distintos elementos cortantes, hasta objetos que por su peculiaridad morfológica son capaces de lesionar las estructuras cervicales sobre la base de una lesión abierta, en general común, que daña la estructura orgánica de fuera a dentro en la región cervical. Es por ello que entendemos, debe ampliarse la valoración médico-legal del degüello a las tres posibles etiologías médico-legales de una muerte violenta.

Si bien es cierto que el **carácter accidental** resulta estadísticamente menos apreciable y de menor entidad si cabe, desde una perspectiva básica de investigación criminal, no resulta infrecuente encontrar en la práctica diaria un fallecimiento con este origen etiológico médico-legal. Los accidentes laborales de distinta índole, o incluso, los accidentes de tráfico en los que se ven involucrados motoristas que impactan contra elementos metálicos diversos, cables y guardabarreras, o de ocupantes de vehículos en los que trozos de cristal o de metal afilado desprendido del vehículo, generan heridas cervicales son, ocasionalmente, motivo de este tipo de muerte. De la misma forma, algunos deportistas han sufrido accidentes que les han generado lesiones similares, con elementos curiosamente denominados “de protección”, etc., al realizar deportes de alta velocidad y con escasa protección corporal. En nuestro recuerdo se encuentran muertes de este tipo en deportes tan variados como el esquí, tras impactar el cuello de la víctima contra cables de anclaje y sujeción del material de pistas.

Algo distinto ocurre con los **degüellos suicida y homicida**, en los que su incidencia estadística resulta superior en todas las series valoradas, y donde la necesidad legal de descartar una intervención ajena a la víctima, obliga a la máxima cautela interpretativa desde el inicio de la investigación. Incluso, una vez aclarado este aspecto, se deben investigar las causas que llevaron a la víctima hacia su propia autolisis, para determinar si se trató de un suicidio.

El objeto de este estudio es en suma, establecer aquellas circunstancias básicas que vienen a diferenciar, en mayor o menor medida, la etiología médico-legal suicida de la homicida, para, finalmente, valorar la posible relación de este tipo de autolisis con el estado psicopatológico previo como causa desencadenante. A su vez revisaremos los datos estadísticos de los fallecimientos producidos en Gipuzkoa mediante suicidio respecto al total de fallecimientos a final de siglo, así como aquellos que lo fueron por el procedimiento de degüello (Tabla 1).

Año	Nº Total Fallecimientos Gipuzkoa (*)	Nº Suicidios documentados	Arma Blanca	Mec. Degüello
1991	5.527	60	-	-
1992	5.455	55	1	-
1993	5.476	48	-	-
1994	5.523	56	1	1
1995	5.593	45	1	1
1996	5.931	49	2	2
1997	5.734	62	1	-
1998	5.976	52	1	1
1999	6.014	67	2	2
2000	5.837	59	-	-

Tabla 1. Fallecimientos generales, por suicidio, arma blanca y degüello entre 1991 y 2000.

(*).- Fuente: EUSTAT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó el número total de fallecimientos anuales en la población general de Gipuzkoa a lo largo del periodo de estudio, a través de los datos oficiales del Eustat (Instituto Vasco de Estadística), y se procedió a la valoración de todos los casos descritos como muertes suicidas producidas en el referido periodo, y recogidas en el registro general del ya desaparecido Instituto Anatómico Forense de Donostia así como del actual Servicio de Patología del Instituto Vasco de Medicina Legal del País Vasco en Gipuzkoa, ampliándose su documentación en los casos de muerte por degüello, con el material propio del expediente judicial correspondiente a cada deceso.

De esta forma, se comprobó que se podían cifrar en unos 553 los suicidios ocurridos en la población de referencia de este estudio entre 1991 y finales de 2000, en los que en 9 casos se utilizó para lograr su objetivo un arma blanca, y de éstos, 7 se ejecutaron mediante el procedimiento de degüello.

Se revisaron así mismo las características de este tipo de suicidios en nuestra comunidad (Tabla 2).

ESTUDIO Y RESULTADOS

a) *Escena*.- Resulta imperioso remarcar la importancia de la valoración médico-forense de la escena, y con ella, resaltar el interés de la Diligencia de levantamiento del cadáver en la valoración etiológica de un fallecimiento por degüello.

Con cierta frecuencia, las propias características del lugar donde se producen este tipo de muertes (vía pública...), originan ciertas actuaciones médico-legales excesivamente simples en el lugar de los hechos, normalmente limitadas en el tiempo para minimizar la impresión del suceso en la población y, fundamentalmente, basadas en la constatación del fallecimiento, de las heridas, y de las características del arma o armas, si es que éstas fueron encontradas en la proximidad del cadáver. Todo ello sobre la previsión de una ampliación necrópsica de detalle en un estadio posterior.

CASOS	Edad Sexo	Ant. Psicobiog. Tipo	Ant. Tóxicos Tipo	Localización del arma	Zona Lesión principal	Les. tanteo Nº	Otras lesiones Tipo
Nº1	38 H	Sind. Depresivo	Ninguno	Mano derecha	Cuello izdo.	Si 7	Si - Herida C-P en abdomen, muñeca izda. y cuello derecho
Nº2	42 H	Estado delirante Paranoide	Alcoholismo	Suelo próximo cadáver	Cuello bilateral	Si 5	No
Nº3	72 M	Trast. Distímico (N. Depresiva)	Ninguno	Al lado mano dcha. en la cama.	Cuello izdo.	Si 2	No
Nº4	26 H	Personalidad introvertida	Ninguno	Suelo próximo cadáver	Cuello izdo.	Si 3	No
Nº5	74 H	Sind. Depresivo	Alcoholismo	Suelo otra habitación	Cuello izdo.	No	No
Nº6	24 H	Sind. Depresivo	Cannabis Cocaína	Cama	Cuello izdo.	Si 8	Si - H. incisa en flexura de ambos brazos
Nº7	29 H	E. Paranoide con del. de perjuicio	Cannabis Alcohol	Suelo próximo cadáver	Cuello izdo.	No	Si - H. incisa en flexura de muñeca izda.

Tabla 2. Algunos datos característicos en los casos de degüello estudiados.

Sin embargo en nuestra opinión, una amplia inspección de la escena y del cadáver va a revelar siempre más información al médico-forense, que la exclusiva investigación policial del hecho y, por lo tanto, el fin va a justificar el retraso en la retirada del cadáver sobre una detallada apreciación de todas las circunstancias de interés.

La distinción entre heridas autoinfligidas y homicidas puede resultar muy difícil de llevar a cabo. Las circunstancias que rodean la muerte, incluido el reconocimiento de la escena al descubrir el cuerpo, así como la evaluación del historial de antecedentes de la víctima, son esenciales en el examen de tales casos (2).

El acceso a la escena ha de producirse lo más rápidamente posible, ya que es importante ver el estado de aquélla en el momento más próximo al descubrimiento del cadáver. Frecuentemente los vecinos, bomberos, investigadores, son los primeros en el lugar de los hechos y pueden, involuntariamente, modificar los elementos de su entorno. Estas eventuales modificaciones afectan a las apreciaciones médico-legales, las cuales, revisten una especial importancia en los casos de muerte violenta o sospechosa (3).

Con independencia del acotamiento policial de la escena e, incluso, de su valoración inicial, resulta relevante la práctica de un reportaje fotográfico realizado por el propio médico-forense el cual le va a permitir posteriormente revisar sus propios planteamientos y confirmar sus hipótesis sobre la verdadera escena inicial. En este sentido, será siempre determinante que la primera valoración, aun modificada por la intervención de las asistencias sanitarias, agentes de policía..., es la fundamental para la investigación; pero además, dicha valoración es la más próxima al fallecimiento y, por lo tanto, la que más datos puede revelarnos sobre cómo se produjo la muerte. Los elementos de contaminación de la escena pueden ser investigados y corregidos, de forma que el cadáver girado, el arma desplazada, o incluso huellas o manchas de sangre centrífugas..., puedan finalmente resultar anuladas, al confirmarse que fueron generadas por personal que actuó en la escena de forma posterior al suceso.

La referida inspección debe resultar global y, con ello, nos referimos a la inclusión en la misma de cuantos elementos, biológicos o no, pudieran relacionarse con ese último momento. Así, además de la valoración básica del arma, (características gene-

rales, morfología, tipo de filo, punta o no, tamaño, melladuras...), no deberá obviarse la apreciación de detalles afines, como la existencia de armas secundarias (recambio), elementos añadidos para preservar el efecto de la lesión (hipnóticos, vasodilatadores), documentos personales: médicos, familiares..., cartas de despedida y, cómo no, el estudio característico del efecto lesivo fundamental: las manchas de sangre y su disposición, morfología...

Es importante reconocer que el estudio y la interpretación de las manchas de sangre en una escena del crimen, se deben integrar dentro del acercamiento sistemático al examen de todos los tipos de reconstrucción física de la escena de la evidencia y del crimen (4).

La “normalidad general” de la escena, con ausencia de hallazgos violentos en la misma, más allá de la propia ejecución del degüello, debe orientar básicamente hacia la hipótesis suicida del fallecimiento; mientras que la constatación de violencia en la escena con objetos rotos y/o desplazados, entrada forzada, ausencia de instrumentos lesivos y, en su caso, las características específicas del estudio criminalístico de las manchas de sangre deben, cuando menos, propiciar una investigación criminal en profundidad ante la posible intervención en la muerte de una persona distinta a la víctima.

En casi todos los degüellos suicidas, el instrumento lesivo se encuentra en la proximidad del cadáver, en algunas ocasiones en la mano. Sin embargo, puede ocurrir que al haberse movido la víctima antes del fallecimiento, el arma se encuentre en otro lugar o habitación, o incluso, que la persona que lo descubriera, lo retirara por distintas razones fuera de su ubicación inicial.

Uno de los más relevantes clásicos españoles expone que: “...lo natural, lo lógico y lo necesario es que si un sujeto se mata a sí mismo con un arma perforante, luego que muera se quede el arma o clavada en la herida o junto a él, y hasta puede no caérsele de la mano, pero si el arma falta, si no está junto al cadáver, a más o menos distancia proporcionada al sitio donde se hirió y cayó, ni la tiene empuñada todavía cuando se le ve por primera vez tendido, no por eso se ha de deducir que una mano ajena ha cometido el homicidio, huyendo y llevándose consigo el arma. La falta, pues, del instrumento con el que el sujeto se ha dado fin a sus días tiene su significación, aunque no absoluta...” (5).

Otra evidencia que, con las oportunas precauciones, debe orientar hacia el suicidio, puede ser la nota de despedida o mensaje. Si bien ha de tenerse en cuenta que la incidencia de una evidencia escrita en los suicidios es normalmente menor de un 50% (Patel, 1971), este dato es claramente escaso en nuestra serie en la que resultó próximo al 30%.

b) *Cadáver*.- El suicidio por degollación es el caso más frecuente de suicidio por arma cortante. En nuestra serie, del total de los suicidios cometidos mediante lesiones por arma blanca, el degüello resultó ser el mecanismo más utilizado (77%), consiguiendo su fin autolítico mortal exclusivamente debido a este mecanismo en el 100 % de las ocasiones. Sin embargo, el degüello es, según la mayoría de los autores (Gee, 1972; Vanezis...), un modo inusual de suicidio y, esta baja frecuencia, coincide con nuestra serie en la que se constata un porcentaje inferior al 2% de todos los suicidios estudiados en el periodo de referencia.

Los datos estadísticos coinciden con otras series en establecer una clara mayor incidencia en hombres; el 85% en nuestra serie, siendo en ella los fallecidos adultos, con un amplio rango de edad situado entre los 24 y los 74 años y con una especial incidencia entre los 24 y los 42 años de edad (70%).

En general, la *descripción seguida por los clásicos*, establece conceptualmente como elementos básicos en el degüello suicida, que la víctima empuña el arma con la mano dominante (derecha), dirigiendo el golpe de corte de izquierda a derecha, provocando que la parte izquierda de la herida sea más larga que la derecha, y situándose además la extremidad izquierda de la herida más alta que la derecha, generando un trayecto de arriba abajo, y de izquierda a derecha. En los casos en los que el suicida es zurdo, se observa todo lo contrario.

El punto de iniciación de la herida, o sea, su extremidad izquierda, suele ser más profundo que el de término, esto es, su extremidad derecha, ya que el golpe que ocasionó la herida, tiene más energía al iniciarse, que al acabarse. Así, la herida no siempre es uniforme, pues a consecuencia del dolor unas veces, o de la falta de decisión, otras, el suicida vibra el golpe con mano insegura, atacando la piel varias veces, por lo que se observan a menudo en los bordes de la herida incisiones suplementarias poco profundas (heridas de tentativa) (6).

Estas lesiones fueron especialmente frecuentes y numerosas en nuestra serie, de forma que se produjeron en un 70% de los casos, siendo en todos ellos múltiples. De la misma forma los tejidos profundos no resultan seccionados de un solo trazo, sino que pueden observarse desigualdades debidas a los movimientos inciertos de la mano. Sin embargo, también puede encontrarse un único trazo de sección, lo que indicaría que el suicida actuó con mano segura, firme y rápida y con un instrumento muy bien afilado.

La limpieza con que los tejidos han sido seccionados en las heridas por instrumentos cortantes, en general, implicaba para muchos autores antiguos, la prueba del crimen, ya que en los suicidios, la herida tendría los bordes más irregulares debidos a movimientos vacilantes y poco seguros. Sin embargo, esto no resulta siempre así, y de hecho Legludic publicaba ya en aquella época, la historia de un suicidio doble (homicidio-suicidio), en el que el hombre, después de haber degollado a su querida con una navaja de afeitar, se suicidó por el mismo procedimiento; en el cuello de la mujer la herida mantenía bordes irregulares, mientras que en el hombre, que había extendido fuertemente la cabeza hacia atrás, la herida tenía unos bordes de perfecta regularidad (7).

Las valoraciones actuales resultan, en general, muy similares a las antiguas. Así, la incidencia de localización y trazo de la lesión de izquierda a derecha en nuestra serie resultó ser superior al 80%, siendo poco frecuente el degüello bilateral o anterior (15%); y no situándose las heridas externas, en ningún caso, por debajo del tiroides. Sin embargo, a día de hoy, la cautela derivada de la diversidad lesional y de la apreciación de posibles variantes, ha determinado que la conclusión final del acto suicida, o el descarte del acto homicida, lo sea, a resultas de una mucho más variada interpretación de todos los elementos actuantes, tanto en cuanto a las lesiones del cadáver, como a los hallazgos de la escena.

Algo similar ocurriría respecto a las lesiones internas, ya que, si bien en general, la herida es profunda, habiéndose descrito, incluso, la afectación de la columna vertebral, ésta no es habitual y, normalmente, es la musculatura más externa la seccionada

parcialmente, apareciendo los vasos del cuello seccionados solamente en el lado izquierdo, (pudiendo apreciarse, incluso, distintos trazos), o menos frecuentemente, de forma bilateral; y la laringe resulta seccionada parcial o totalmente a menudo en su parte superior, no siendo infrecuente que sobre la única acción de heridas superficiales, las lesiones vasculares de las ramas más externas, sean el origen del fallecimiento.

No debemos obviar la existencia de otras lesiones autolíticas añadidas a otros niveles; toda vez que, con cierta frecuencia, el degüello no es sino un paso posterior como procedimiento de autólisis, después de haberse producido lesiones a otros niveles que no han dado el resultado esperado.

Resulta estadísticamente frecuente la coexistencia de heridas en muñecas, abdomen etc., en general de escasa entidad vital, pero que orientan cuando menos hacia la idea autolítica global de la víctima. En nuestra serie, un 42% de los degüellos se acompañaron de estas heridas añadidas, localizadas fundamentalmente en muñecas y flexuras de brazos, encontrándose en uno de los casos también, heridas asociadas a nivel abdominal.

Como consecuencia de las lesiones descritas anteriormente, y dado que, habitualmente el suicida se encuentra en ortostatismo o sedestación, las manchas de sangre tienden a disponerse de forma característica, impregnando toda la parte anterior de sus ropas; igualmente, la mano que ha empuñado el arma esta siempre más o menos ensangrentada (100% en nuestra serie); pudiendo de lo contrario, con grandes posibilidades de acierto, excluirse el suicidio. Sin embargo, esta impregnación unilateral puede resultar también bilateral en aquellos casos en los que una vez realizado el corte, la víctima intenta protegerse la exanguinación mediante el taponamiento manual, o bien, al pretender valorar mediante el tacto el efecto conseguido. En cualquier caso, habrá que valorar situaciones de vitalidad postlesiva que permitan la limpieza, etc, si la lesión inicial no generó una debilidad y éxitus precoz.

Efectivamente, por la propia variabilidad lesional y fundamentalmente en aquellas lesiones que en su superficialidad afectan más levemente a las estructuras vasculares cervicales, resulta posible cierta supervivencia y con ella la comisión de actos variados. Quizás un ejemplo aun antiguo demostrativo es el referido por Hofman sobre un caso extraordinario de Rust: *“...un ebanista, hallándose en el campo se corta el cuello con una navaja. Preso luego de arrepentimiento, tira el arma y se arrastra algunos pasos, quedando allí durante el día y la noche. Al día siguiente se dirige a la ciudad, pero desfallece y cae, siendo tomado por un beodo y conducido a su domicilio. Descúbrese allí la herida del cuello y le manda al hospital, donde sucumbe al decimocuarto día. La autopsia demostró que la faringe y la laringe habían sido cortadas hasta el raquis...”* (8). No cuestionaremos la importancia de las lesiones obtenidas en la necropsia, pero, en cualquier caso, sí queremos remarcar con el ejemplo, la posibilidad de que la víctima pueda ejecutar ciertos actos que, si no son tenidos en cuenta, podrían dirigir hacia otros derroteros la etiología médico-legal del degüello investigado.

En este mismo sentido, Knight cuenta cómo en su experiencia ha podido comprobar que la víctima de un homicidio por arma blanca, que había sufrido una lesión en el ventrículo izquierdo, pudo correr más de 500 metros antes de fallecer por un taponamiento cardíaco (9).

El examen de la sangre en la escena se puede también utilizar como fuente de la información en cuanto a la supervivencia de la víctima después de la lesión (4).

La muerte se produce habitualmente por exanguinación, si bien, son los troncos venosos, fundamentalmente yugulares, los que con su lesión, llevan a la mortal pérdida sanguínea, mientras las arterias carótidas resultan frecuentemente no afectadas (10). Menos frecuentemente, pero también reconocido, el embolismo aéreo puede ser causa de muerte por entrada en el sistema venoso yugular que normalmente afecta a los vasos más superficiales, en personas frágiles o ancianas (11). Ello requiere una sección incompleta de la vena, ya que, el corte completo, permitiría el colapso de los bordes y su retracción y sellado contra la entrada de aire.

En contra de lo hasta aquí detallado, el degüello homicida presupone frecuentemente, diferencias evidentes, como ya indicamos, en la escena, y también en el cadáver. Mientras en el degüello suicida, la víctima aparece en una posición relativamente cómoda; en el homicidio, la situación resulta poco natural, como al azar, o colocada deliberadamente en un lugar específico. La lesión principal puede seguir un trazo similar al descrito en el suicidio, si la agresión se realiza cara a cara con la víctima, aunque frecuentemente, la ejecución se inicia desde una posición posterior, lo que determina un acceso más transversal y anterior de la herida, que resulta bilateral, profunda y puede añadirse de varios trazos mortales, de intensidad similar y a distintos niveles. Como norma, las heridas homicidas no tienen la apariencia regular de las autoinfligidas y no están acompañadas de "heridas tentativas" (2). El degüello homicida se caracteriza por heridas tendentes a ser escasas y vigorosas, cortando cada una de ellas múltiples estructuras internas en un solo trazo, si bien, cuando la víctima es agarrada por detrás, es sorprendente durmiendo, o es intoxicada, puede haber varios cortes repetidos en la garganta, que profundizan el trazo progresivamente en el mismo plano. Una incisión por debajo del cartilago tiroides, es sugestiva de extensión del cuello y, por tanto, de un ataque por detrás (Mason, 2000).

Algunos autores establecen que la profundidad de la herida puede resultar un factor relevante de distinción entre la etiología homicida y suicida, y como tal debe ser cuantificada y recogida de forma característica (12).

El acto homicida, en cambio, generará otras lesiones añadidas al propio degüello, (en cara, tórax...). Las heridas de defensa aparecerán en las extremidades superiores de la víctima, mientras ésta se protege del ataque, o intenta agarrar el arma; y salvo anuencia de la víctima, resultarán frecuentemente constatadas, una vez lavado y explorado detalladamente el cadáver. A este respecto, es necesario caer en la cuenta de que la rigidez cadavérica, o elementos externos, como la tinta utilizada para la obtención de huellas dactilares, pueden ocultar estos indicios lesivos, tan importantes en la investigación médico-legal. En el mejor de los casos, podrán incluso encontrarse indicios biológicos que, en su defensa, han sido generados por la víctima al agresor: pelos, piel bajo las uñas...

c) *Antecedentes psicobiográficos.*- Con una frecuencia importante, se constata el antecedente psiquiátrico como estado previo-desencadenante del suceso. Esta circunstancia se corroboró en un 85% de los casos en nuestra serie.

En general la psicopatología apreciada en nuestra estadística, con un 57% de los casos, centra su abanico patológico en los cuadros depresivos o pseudodepresivos.

Con menor incidencia (29%) los cuadros delirantes, en general desarrollados sobre las ideas de perjuicio y persecución y, normalmente enmarcados en el contexto de una Esquizofrenia Paranoide, o de un Trastorno Psicótico inducido por sustancias, conforman el otro espectro psicológico defectivo encontrado en nuestra serie. Este último tipo de trastorno, puede resultar producido por sustancias como la cocaína; y se caracteriza, esencialmente, por la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que, con el consumo de altas dosis puede conformarse como una psicosis al cabo de pocos minutos. De otra parte, en el sujeto esquizofrénico, es a partir de las vivencias delirantes primarias (inspiraciones y percepciones delirantes), y como estructuras psicopatológicas derivadas de ellas, de donde van apareciendo múltiples interpretaciones delirantes, de lo percibido, representado o recordado, que como vivencias secundarias, se unirán a las primeras para constituir la trama delirante, complejo y abigarrado conjunto que define el delirio esquizofrénico (14). Es sobre esta situación y su incapacidad de contención, sobre la que se genera la idea de la autolisis.

En el 14% restante no se encontraron hallazgos psicobiográficos previos o no resultaron de interés.

La injerencia autolítica sobre una patología psicótica de base, resulta incluida en sujetos con escasa evolución clínica, (psicosis no regresivas), y en muchos casos desencadenada a través del brote o descompensación de base secundario al cese del tratamiento. En el caso de los estados depresivos, prácticamente todos ellos, se relacionaron con una sintomatología defectual no tratada.

En general, la investigación policial de campo y la propia del médico-forense respecto a lo informado por la familia, médico del Centro de Salud Mental, etc., llevan a concluir la importancia de ese estado previo en el desarrollo de los hechos.

DISCUSIÓN

La determinación de la etiología suicida en el degüello implica ineludiblemente, una investigación médico-legal global, centrada en una detallada valoración de una escena típica, junto con la constatación de las características lesionales de una herida suicida y el descarte de los indicios homicidas.

El margen de tiempo entre el descubrimiento del cadáver y el inicio de la investigación de la escena por el médico-forense debe ser minimizado, y la escena en sí, debe ser, por norma, exquisitamente preservada. Si bien la existencia de datos suficientes para valorar una etiología médico-legal suicida puede resultar un hecho, en circunstancias menos favorables, podrían ser motivo suficiente de distorsión para la interpretación de lo allí sucedido posteriormente. De ahí la importancia de la realización de los reportajes fotográficos, policial y del médico forense, que pueden permitir conocer distorsiones en la escena pudiendo posteriormente conseguir la recomposición más real posible de aquélla. En muchas ocasiones en las que las lesiones resultan "típicas" del degüello suicida clásico, la valoración psicobiográfica del sujeto, a través de la familia, centros de tratamiento, etc., puede permitir conocer procesos de desrealización del individuo, la utilización previa de la vía de la autolisis como único medio de escape frente una realidad familiar, social, etc., o la desesperanza vital que le llevó a acabar con su vida.

En la casuística de la que disponemos, el porcentaje de suicidios llevados a cabo por el mecanismo de degüello en los últimos diez años del pasado siglo ha resultado ciertamente escaso, próximo al 1'2% (7 casos de los 553 suicidios consumados documentados), aunque sí se ha confirmado éste como el mecanismo efectivo más utilizado (77%) cuando se ha pretendido la autolisis con un arma blanca (7 de 9 casos).

No se han apreciado diferencias de entidad específica por la localización geográfica, época del año, ni edad de la víctima, resultando lo más ciertamente característico el hecho de que se constataron en el 85% de los sujetos, y en la proximidad del acto suicida, antecedentes psicobiográficos, de los cuales, la mayoría se relacionaron bien con la existencia de un cuadro depresivo, o bien con un componente delirante de entidad (en general de perjuicio para su propia vida).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) GIBBERT CALABUIG, J.A.: Medicina Legal y Toxicología, 5ª ed. Masson, Barcelona 1998.
- (2) VANEZIS, P.: Pathology of Neck Injury. Butterworths, London 1989.
- (3) MIRAS, A., et FANTON, L., et TILHET-COARTET, et MALICIER, D.: La Levée de corps médico-légale. Editions Eska/alexandre lacassagne, Paris 1998.
- (4) JAMES, S.H., & ECKERT, W.G.: Intrepretation of bloodstain evidence at Crime Scenes. CRC Press, Florida (USA) 1999.
- (5) MATA, P.: Tratado teórico práctico de Medicina Legal y Toxicología, 6ª ed. De Bailly-Bailliere e Hijos, Madrid 1903.
- (6) ROYO-VILLANOVA, R.: Lesiones por arma blanca. Manuales de Medicina Práctica. Salvat Editores, Barcelona 1942.
- (7) BALTHAZARD, V.: Manual de Medicina Legal, 6ª ed., Salvat Editores, Barcelona 1947.
- (8) THOINOT, L.: Tratado de Medicina Legal, 1ª ed. Salvat Editores, Barcelona 1916.
- (9) MASON, J.K., & PURDUE, B.N.: The pathology of Trauma. 3.ª ed. Arnold, G.B. 2000.
- (10) CASAS SANCHEZ, J.D., y RODRIGUEZ ALBARRÁN, Mª.S.: Manual de Medicina Legal y Forense. Editorial Colex. Madrid 2000.
- (11) RUIZ DE LA CUESTA, J.Mª: Heridas por arma blanca. CEJ. Vol.4. Seminario sobre delitos contra las personas. Centro de publicaciones del Ministerio de Justicia, Madrid 1990.
- (12) BLANC. A, TELMON. N, SCOLAN. V, et ROUGÉ. D.: Étude rétrospective de suicides et homicides par égorgement. Journal de Médecine Légale Droit Médical, 2001, 44, 2º (159-163).
- (13) MARTÍ TUSQUETS, J.L., y CAMPS MONTANÉ, N.: Los delirios tóxicos. Psicopatología (Madrid) 1997, 17, 3º (122-130).
- (14) GONZALEZ INFANTE, J.M.: El delirio esquizofrénico. Psicopatología (Madrid) 1997, 17, 3º (131-134).