

Grafología en el diagnóstico de intentos de suicidio: estudio ciego controlado

[Link al artículo original en página web](#)
[5 junio, 2016 Grafística ForensePsicología](#)

Este artículo es una traducción del inglés al español, fue publicado originalmente en [MedScape](#).

Autores: S. Mouly; I. Mahé; K. Champion; C. Bertin; P. Popper; D. De Noblet; J. F. Bergmann

Graphology for the Diagnosis of Suicide Attempts: a Blind Proof of Principle Controlled Study

S. Mouly; I. Mahé; K. Champion; C. Bertin; P. Popper; D. De Noblet; J. F. Bergmann

Disclosures

Int J Clin Pract. 2007;61(3):411-415.

Abstract

Para evaluar la capacidad de dos grafólogos y dos médicos internos sin conocimientos en grafología, respecto a cartas manuscritas de sujetos con historial de intento de suicidio por medio de veneno y cartas de voluntarios sanos, hemos usado un estudio ciego. 40 pacientes completamente recuperados de sus intentos de suicidio y 40 voluntario sanos escribieron y firmaron un pequeño escrito no relacionado con su estado mental ni con el suicidio como tema. Los evaluadores clasificaron las 80 cartas como 'suicidio' o 'no suicidio' en un análisis intencionado. Posteriormente, las cartas que expresaban tristeza fueron excluidas. La correcta asignación efectuada por los grafólogos, al grupo de suicidio y de controles sanos, se realizó respectivamente en 32 de 40 y en 33 de 40 cartas; y 27 de 40 y 34 de 40 en el caso de los médicos. Después de la exclusión de 12 cartas que expresaban tristeza, la sensibilidad (detectar suicidio en las cartas de suicidas), especificidad (detectar ausencia de problema en las cartas de voluntarios), valor predictivo positivo y valor predictivo negativo fueron, respectivamente, 73, 88, 81 y 82% para los grafólogos y 53, 89, 80 y 71% para los internistas. Ambos grupos clasificaron las cartas de forma significativamente superior al efecto esperado por azar, asimismo no se halló diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos de evaluadores. Se concluye que el análisis grafológico es capaz de diferenciar las cartas que fueron escritas por paciente que atentaron contra su vida de los pacientes sanos del grupo de control. Esta técnica muestra un grado aceptable de precisión y, por tanto, podría convertirse en una herramienta alternativa a la toma de decisiones en Psiquiatría o Medicina.

Introducción

El suicidio es un importante problema de salud pública. Veamos una evidencia a favor de los programas de prevención. Evaluar el riesgo de suicidio es tarea difícil tanto en psiquiatría como en medicina general. El nivel de autocontrol en un paciente supuestamente predispuesto al suicidio no puede ser evaluado utilizando una sola prueba, no obstante, es importante que esto sea abordado en la toma de decisiones terapéuticas, hospitalización o rehabilitación.

“ . . . Si este método demuestra ser eficaz para un diagnóstico psiquiátrico de suicidio, se podría proponer como parte de la evaluación clínica de riesgo de suicidio en los pacientes.”

Sólo existen unas pocas correlaciones entre aspectos clínicos y características grafonómicas, como psicosis, síntomas psicósomáticos o extraversión. Debido a la escasa aportación de la grafología en cuanto a estudios científicos de personalidad se refiere, no está claro si la grafología es capaz de determinar un perfil psicológico. La grafología afirma que es capaz de detectar comportamientos patológicos como depresión o histeria.

Sin embargo, la sensibilidad y la especificidad de la grafología en el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas nunca han sido adecuadamente evaluados, en particular, debido a la dificultad en la obtención de un diagnóstico positivo definitivo en pacientes y excluyendo tal diagnóstico en los controles sanos. Para los grafólogos, el análisis de la escritura es capaz de determinar comportamientos suicidas previos y posteriores al intento de suicidio. Las cartas de los pacientes que se recuperan de un intento de suicidio reciente son un buen modelo para la evaluación de la grafología en un estudio controlado, frente a las cartas de los sujetos sanos sin antecedentes de suicidio. Si este método demuestra ser eficaz para un diagnóstico psiquiátrico de suicidio, se podría proponer como parte de la evaluación clínica de riesgo de suicidio en los pacientes.

Método

Les pedimos a los pacientes ingresados por auto-envenenamiento deliberado con fármacos si nos podían escribir una breve carta contando un recuerdo de la infancia sin relación con el suicidio. Los pacientes se encuentran en la unidad de cuidados intensivos de dos grandes hospitales de atención primaria en París.

Se solicitó en el día libre del proceso de rehabilitación, a los pacientes no se les administra ningún medicamento y presentan un examen neurológico con resultados normales.

Los pacientes recibieron hojas de papel blanco y varios útiles de escritura (lápiz, bolígrafo y lápiz). La carta debía ser firmada. El grupo de control consistió en voluntarios sanos sin antecedentes de intentos de suicidio y sin depresión evaluada por un MADRS (rango 0-60) por debajo de 16. Los pacientes y los controles recibieron información sobre el estudio escrito y dieron por escrito consentimiento informado.

Un investigador no participante en el estudio asignó un número aleatorio a cada carta. Las cartas de pacientes y controles se mezclaron. En cuanto a la edad, sexo y zurdos o diestros se realizó un estudio ciego con el fin de que controlar estas variables y confirmar que no eran detectables: se asignó a dos grafólogos y a dos médicos sin ningún conocimiento en grafología, los 4 evaluadores no consiguieron determinar ninguna de estas variables.

Cada evaluador clasificó de forma dicotómica cada carta, bien como ‘paciente’ o bien, como ‘control’. En caso de discordancia entre los dos grafólogos o entre los dos médicos, cada experto exponía sus argumentos en una discusión abierta con el fin de llegar a un consenso.

Se calculó que con un tamaño de muestra $N=80$ (40 por grupo) era necesario observar una diferencia del 20 % entre los grafólogos y azar (diagnóstico por casualidad el 50 %, el diagnóstico correcto por grafólogos debía ser al menos del 70% para ser significativo) con $\beta = 20\%$, $\alpha = 5\%$.

Resultados

Las cartas fueron obtenidas entre abril y septiembre de 2002. Los dos grupos ‘suicidio’ ($n=40$) y control ($n=40$) fueron equivalentes en cuanto a edad (38.0 y 37.7, respectivamente), sexo (hombres 12 y 15) y zurdos y diestros. La puntuación en el MADRS para el grupo de control 6.72 ± 3.7 .

Todas las 80 cartas fueron incluidas en el análisis. Los grafólogos no llegaron a un consenso en 12 de las cartas, pero la posterior discusión para dar un diagnóstica solucionó el problema correctamente en 8 de los 12 casos.

“ . . . Los grafólogos obtuvieron una sensibilidad del 73% y los médicos de 53% ”

La clasificación de los grafólogos obtuvo una sensibilidad del 80% (IC 66-90), una especificidad del 82% (IC 95%: 67-91), un valor predictivo positivo del 82% (IC 95%: 67-91) y un valor predictivo negativo del 80% (IC 95%: 66-90). La clasificación fue estadísticamente superior a los esperado por efectos del azar ($\chi^2 = 15.6$, $df = 2$, $p < 0.001$). En el caso de los médicos, los resultados fueron: sensibilidad 0.67, especificidad 0.85, valor predictivo positivo 0.82 y valor predictivo negativo 0.72, también superior al efecto del azar ($\chi^2 = 12.2$, $df = 2$, $p = 0.005$). No hay se dieron diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0.45$).

Por protocolo, 12 cartas que expresaban tristeza fueron excluidas: 10 correspondían al grupo ‘suicidio’ y 2 al grupo ‘pacientes’. Once de estas cartas fueron clasificadas como ‘suicidio’ por ambos grupos de evaluadores.

Los valores obtenidos mediante la técnica grafológica y los médicos después de la comparación fueron respectivamente 73 y 53% (sensibilidad), 88 y 89% (especificidad), 81 y 80% (valor predictivo positivo) y 82 y 71% (valor predictivo negativo). Después de una evaluación inicial los dos grafólogos tenían una posible clasificación distinta entre ellos para 12 cartas; el posterior debate acerca de estas cartas dudosas permitió emitir un juicio correcto en 8 de las cartas. Para los médicos este dato

fue de 22 (cartas en cuya clasificación no se ponían de acuerdo), tras el debate se llegó a un diagnóstico correcto en 14 de ellas.

Este estudio es el primero que demuestra la capacidad de los grafólogos para detectar enfermedades mentales (intentos de suicidio con una sensibilidad y especificidad del 80%)

Si por medio de la escritura podemos discernir acerca del riesgo de suicidio con un buen valor predictivo, estamos ante una potencial herramienta en el proceso de toma de decisiones. La decisión de hospitalizar o dar el alta a un paciente depresivo es siempre difícil de tomar debido al riesgo de suicidio que, si se evalúa de forma incorrecta, puede tener graves consecuencias.

Por lo tanto, hemos elegido este modelo de estudio del suicidio con el fin de tratar de validar el diagnóstico grafológico. Los grafólogos evaluaron cartas de 'suicidio' en base a un intento de suicidio en el pasado esto fue metodológicamente justificado. Se sabe con seguridad que estos pacientes han intentado suicidarse y no había ningún riesgo de error en esta afirmación respecto al grupo 'suicidio'. Por lo tanto, preferimos no para evaluar su grado de depresión, pidiéndoles que completaran un cuestionario MADRS, por lo que no sienten el estudio a ser una prueba psicométrica, que podrían haber influido en su escritura. Se realizó el estudio en pacientes que se habían recuperado un nivel normal de alerta, en el día de su salida del hospital.

Los sujetos del grupo 'control' no tenían depresión ni tendencias suicidas y consideramos que la muestra estudiada fue apropiada para llevar a cabo el estudio

Los resultados muestran que, efectivamente existe una diferencia notable entre las escrituras de quienes atentaron contra su vida y los que no. Esto es así, aunque el 23% de las cartas del grupo 'suicidio' no se clasificaron como tales. La evidencia de esta diferencia se detecta también en la actuación de los médicos, quienes a pesar de no tener conocimientos en grafología pudieron establecer una clasificación bastante acertada.

Aunque los grafólogos obtuvieron una sensibilidad del 73% y los médicos de 53%, esta diferencia no resultó ser significativa.

El estudio presenta algunas limitaciones. El estudio solo comprueba la capacidad de 2 grafólogos en una situación médica. Estos resultados no se pueden generalizar a otros grafólogos ni a otras entidades nosológicas.

Los motivos que llevaron a los grafólogos a tener en cuenta las cartas a haber sido escritos por los sujetos que habían intentado suicidarse no son inequívocos.

Al no haber efectuado una evaluación formal sobre la depresión de los pacientes, es imposible correlacionar escritura con depresión.

Hemos preferido mantener un análisis entre suicidio y escritura más fuerte. Un estudio anterior comparaba la evaluación de 10 grafólogos en el diagnóstico de extraversión. Mostró buen acuerdo entre los grafólogos, pero en este estudio, se evaluaron sólo a seis sujetos sin ningún grupo de control. En otro estudio, la grafología se comparó con los resultados de las pruebas psicológicas para la orientación profesional.

Las condiciones experimentales de nuestro estudio piloto ciertamente no permiten llegar a conclusiones definitivas sobre la validez de la grafología. El contenido de las cartas en sí pueden influir en el análisis de la escritura a mano; de hecho, 11 de las 12 letras que expresan la tristeza se clasificaron en el grupo de suicidio. Sin embargo, incluso después de la exclusión de estas cartas, el

análisis grafológico todavía tenía un valor predictivo del 80% aproximadamente. Nuestro estudio debe considerarse como un informe preliminar.

De haberse obtenido resultados negativos, se podría afirmar, usando una metodología sólida, que la grafología no era fiable en el diagnóstico de enfermedades psiquiátricas como el suicidio. Por el contrario, nuestro estudio revela resultados positivos, no obstante, no son suficientes para proporcionar la validación integral de este método. Un futuro estudio de uso de cartas escritas por los pacientes extranjeros en un idioma desconocido por los grafólogos y / o la mezcla de varios tipos diferentes de enfermedades y cartas escritas por voluntarios sanos psiquiátricos claramente diferenciadas permitirían que los resultados fueran superiores en cuanto a validez.

Por supuesto, la predicción del futuro riesgo de suicidio es clínicamente más importante que el establecimiento de un intento previo de suicidio, pero ese objetivo quedaba fuera de las condiciones de este estudio.

“ . . . En este caso, la grafología podría actuar como un complemento de los métodos estándar y convertirse en una herramienta adicional en la toma de decisiones terapéuticas.”

En conclusión, hemos demostrado que el análisis grafológico es superior a la casualidad en la evaluación de la presencia de un riesgo de suicidio en la escritura, pero se necesitan más estudios antes de que el verdadero papel de esta técnica en el proceso de diagnóstico puede ser establecido.

No ha sido la intención de este estudio mostrar como el grafólogo llega a sus conclusiones, sino de evaluar el valor de la grafología como una prueba diagnóstica.

Incluso con un 27% de falsos positivos y un 13% de falsos negativos, este estudio arrojó resultados positivos y debería conducir a nuevos estudios. Estudios prospectivos con un seguimiento de los pacientes con diversos diagnósticos de enfermedades psiquiátricas nos permitirían determinar si la grafología proporciona información válida adicional para el diagnóstico psicológico habitual.

En este caso, la grafología podría actuar como un complemento de los métodos estándar y convertirse en una herramienta adicional en la toma de decisiones terapéuticas. En efecto, hay que señalar que, en psiquiatría, muchas decisiones terapéuticas se toman sobre la base de las impresiones cuyo valor predictivo ha sido mucho menos estudiado que la grafología en el presente estudio.

Podemos concluir que la grafología es capaz de diferenciar las cartas escritas por los pacientes que intentan suicidarse de los escritos por los sujetos sanos con un grado aceptable de precisión. Esta diferencia no se debe a las ideas expresadas en el contenido de las letras.

REFERENCIAS

1. Hawton K, Arensman E, Townsend E et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998; 317: 441-7.
2. Haste F, Charlton J, Jenkins R. Potential for suicide prevention in primary care? An analysis of factors associated with suicide. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1759-63.
3. Modestin J, Kamm A. Parasuicide in psychiatric inpatients: results of a controlled investigation. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 225-30.
4. Leon AC, Friedman RA, Sweeney JA, Brown RP, Mann JJ. Statistical issues in the identification of risk factors for suicide behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res* 1990; 31: 99-108.
5. Brewer JF. Graphology. *Complement Ther Nurs Midwifery* 1999; 5: 6-14.
6. van Rooij JJ, Hazelzet AM. Graphologists' assessment of extraversion compared with assessment by means of a psychological test. *Percept Mot Skills* 1997; 85: 919-28.
7. Ludewig R, Dettweiler C, Lewinson TS. Possibilities and limits of medical graphology. Determination current status and perspectives (I). *Z Gesamte Inn Med* 1992; 47: 549-57.
8. Super DE. A comparison of the diagnoses of a graphologist with results of psychological tests. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60: 323-6.
9. Crumbaugh JC, Stockholm E. Validation of graphoanalysis by 'global' or 'holistic' method. *Percept Mot Skills* 1977; 44: 403-10.
10. Zalsman G, Netanel R, Fischel T et al. Human figure drawings in the evaluation of severe adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1024-31.
11. Power K, Davies C, Swanson V, Gordon D, Carter H. Case-control study of GP attendance rates by suicide cases with or without a psychiatric history. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 211-5.
12. Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 537-42.
13. King RN, Koehler DJ. Illusory correlations in graphological inference. *J Exp Psychol Appl* 2000; 6: 336-48.
14. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ* 2003; 327: 1376-8.
15. Modestin J, Wurmle O. Role of modelling in in-patient suicide: a lack of supporting evidence. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 511-4.