

LA INVESTIGACION MÉDICO FORENSE DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN UNA INFRECUENTE MUERTE VIOLENTA INFANTIL

José Luis Pacheco De La Cruz ⁽¹⁾, *Felio Palomino Paz* ⁽²⁾,
Nancy Elizabeth De La Cruz Chamilco ⁽³⁾, *Gissela Paniagua Alvarado* ⁽⁴⁾

Facultad de Medicina Humana – Instituto de Patología
Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)
Lima, Perú

INTRODUCCIÓN

El comportamiento suicida constituye un fenómeno tan antiguo como la humanidad misma. Su práctica se ha hecho más frecuente según se ha avanzado hacia la modernización socio cultural. La Organización Mundial de la Salud reporta alrededor de 500 000 muertes cada año, con un estimado de 1110 suicidios cada día; produciéndose, a la vez, entre 10 y 20 intentos por cada uno. Éstas son cifras conservadoras, pues por múltiples razones, en diferentes países existe la tendencia a no reconocerlos y publicarlos. (1)

El suicidio y el intento de suicidio constituyen un área de preocupación especial en la población adolescente mayor de quince años; sin embargo, es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica (menores de quince años). En este grupo etáreo, el suicidio es un fenómeno relativamente poco frecuente que alcanza tasas de entre 0,6-0,9/100 000 en Estados Unidos (2,4), estimándose que el número de menores que presentan intentos o ideación suicida sería entre 30 y 50 veces más alto que el de los suicidios consumados.

(¹) Médico Especialista en Medicina Legal. Doctorado en Derecho. Docente UNMSM

(²) Director del Instituto de Patología de la Facultad de Medicina UNMSM. Vice Presidente del Comité de la Especialidad de Medicina Legal.

(³) Médico Especialista en Psiquiatría Forense

(⁴) Médico miembro del Comité Científico del Instituto de Patología UNMSM.

En la literatura de Estados Unidos se habla de tasas de prevalencia de intento de suicidio que fluctúan entre 2,3% y 15% para niños y adolescentes (2,5). Esta cifra es especialmente importante, toda vez que un número significativo de los adolescentes que consuman un suicidio ha presentado intentos o ideaciones previas (6). Se debe considerar además, que el suicidio experimenta una importante alza en la adolescencia (3) para llegar a ser la segunda causa de muerte en adolescentes en Estados Unidos de América (7).

La correlación más importante para el suicidio en niños y adolescentes es el antecedente de un intento de suicidio previo; adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias farmacodependientes, pérdida de un familiar o un amigo por suicidio, fácil acceso a armas de fuego, género femenino, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales sobre todo con ausencia del padre, rasgos de personalidad narcisista o antisocial, pobreza, problemas de interrelación, abuso físico o sexual, limitadas capacidades adaptativas, trastornos de alimentación, eventos vitales estresantes como la pérdida de una persona significativa o una mascota, problemas con la autoridad legal o escolar, cambio de domicilio, percepción por el niño de carencia de apoyo familiar o en general conflictos intrafamiliares, alteraciones neuropsicológicas como déficit en funciones ejecutivas, fluidez verbal, razonamiento lógico mediado por el lenguaje, etc. (8,9).

En Medicina Forense se clasifican a las Muertes Violentas como Accidentales, Homicidas y Suicidas; todas éstas son indicaciones para la realización de la Necropsia Médico Legal. Dicho procedimiento incluye no sólo a la apertura del cadáver, sino también al examen externo (o retrato hablado) y al levantamiento del cadáver en la escena del hecho. Desde el punto de vista médico legal, se define al Suicidio como la muerte producida por uno mismo con la intención precisa de poner fin a la propia vida, siendo la intencionalidad del acto lo más importante de ésta conceptualización.

El estudio del Suicidio suele ser uno de los temas clásicos de la Medicina Legal, en primer lugar porque se trata de un mecanismo de muerte no natural, que obliga a la intervención fiscal o judicial directa, y también por el dramatismo que suele rodear muchos casos : muerte a menudo inesperada, rápida y con una mayor repercusión social. Así mismo en muchas épocas y lugares ha tendido a ocultarse este tipo de muerte, a disimularse bajo otro diagnóstico o a considerar al suicida como un enfermo mental.

Desde otro punto de vista más clínico, importa diferenciar los conceptos de *suicidio consumado* y de *intento de suicidio*. En el primer caso hay muerte del suicida y su estudio compete en primer lugar al médico legista. En el segundo caso, en el que no se produce el deceso, el estudio compete en primer lugar al psiquiatra forense, pues también tiene una trascendencia legal según lo establecido en nuestro Código Penal.

El presente reporte analizará el caso de un niño de 11 años de edad que falleció violentamente, habiéndose creado inicialmente una incertidumbre respecto a su etiología suicida o accidental. Por las características de la edad y de los hallazgos macroscópicos poco frecuentes, presentamos el presente caso médico forense, no sólo dirigido a los especialistas comprometidos en este campo, sino también dirigido a todos los profesionales de salud que en un futuro puedan intervenir como peritos ante la designación de la autoridad competente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

1. Investigación en la Escena del Hecho :

Habitación de 5 x 4.5 m. (ambiente utilizado como sala), de material noble, con techo, buena iluminación, buena ventilación, no signos de violencia en objetos (Foto 1).

Cadáver de sexo masculino, de 10 a 12 años de edad aproximada, en posición supino, suspendido del cuello parcialmente con una cuerda de material sintético (pies apoyados sobre el piso). Nudo de cuerda en cuello a nivel de la región cervical posterior (Nudo proximal). Nudo distal : Cuerda atada desde el tercer piso de la vivienda (azotea), la cual se dirige por las puertas hacia la sala del primer piso (Foto 2). Huellas de pisadas correspondientes al calzado del fallecido. No manchas de secreción en la escena. Silla de madera a 20 cm a la derecha del cadáver.

Declaración de la madre del occiso (según Parte Policial) : Niño sin antecedentes de intento de suicidio. No antecedentes patológicos ni psiquiátricos. Buen rendimiento escolar. Padre alcohólico que constantemente agrede a los familiares. Familia de escasos recursos económicos. Hace dos días, refiere que el niño presentaba cefaleas.

2. Examen Externo del cadáver :

Fenómenos Cadavéricos : Livideces modificables a predominio de la mitad inferior inferior del cuerpo (Foto 8) y en manos. Rigidez generalizada. Leve opacidad corneal, hipotonía ocular bilateral. Fauna cadavérica ausente. Putrefacción incipiente. Tiempo aproximado de muerte : de 10 a 12 horas.

Retrato Hablado : Constitución normosómica, de 1.41 m. de estatura, de 45 kg. de peso, buen estado de hidratación y nutrición, piel fría, trigueña. Rostro : Pálido (Foto 3). Ojos : punteado hemorrágico subconjuntival bilateral (Foto 6). Boca : labios cianóticos, lengua entremordida. Cuello : Surco violáceo, a 4.5 cm por debajo del mentón, oblicuo, incompleto, supratiroideo, de fondo pálido, apergaminado y con bordes congestivos (Foto 4,5). Miembros Superiores : simétricos, eutróficos, cianosis subungueal bilateral (Foto 7). Tórax, Abdomen, Pelvis y Miembros Inferiores sin alteraciones macroscópicas. El cadáver no presenta huellas de lesiones traumáticas externas.

3. Examen Interno del Cadáver :

Cabeza : bóveda y base craneal sin lesiones. *Cerebro* : aplanamiento de circunvoluciones y estrechez de surcos, meninges congestivas, vasos con fluidez sanguínea. *Cuello* : Desgarro transversal de la túnica íntima de carótidas externas e internas; desgarros y hematomas en masas musculares del cuello (esternocleidomastoideo, cutáneo del cuello, tirohioideo, esternocleidohioideo); fractura del hueso hioides y de cartílagos tiroideos y cricoides. *Pulmones* : Petequias pleurales multifocales; enfisema periférico, áreas atelectásicas, edema y congestión. *Pericardio* : punteado petequial (Foto 9). Vasos del corazón : fluidez sanguínea aumentada. Resto de vísceras sin alteraciones macroscópicas.

Causa de Muerte : Asfixia Mecánica : Ahorcamiento

DISCUSIÓN

El suicidio es una causa creciente de mortalidad. Se encuentra entre las primeras diez causas de muerte y entre la segunda o tercera causa de muertes en la población joven, según algunos estudios de países sudamericanos (10). Las tasas oficiales de suicidio están subestimadas (11,12).

Los niños y adolescentes procedentes de familias con antecedentes de alcoholismo y con historia de intentos de suicidio representan el mayor número de casos. Algunos autores consideran que la violencia, que con frecuencia acompaña al alcoholismo, genera disfunciones familiares que repercuten negativamente en el comportamiento del niño o del adolescente, representando un factor de riesgo de conducta suicida (13). Este antecedente se relaciona con el presente caso.

Por identificación e imitación han sido reportados en ocasiones intentos de suicidios en hijos de padres que han adoptado esta conducta previamente (14). También se observa una mayor ocurrencia de suicidio en los extremos del espectro socioeconómico o cambios abruptos del status socioeconómico; o incluso el llamado efecto Werther, donde el comportamiento suicida difundido por medios masivos de comunicación es imitado por los jóvenes (15,16). Según lo reportado, el caso correspondía también a una condición socioeconómica baja. Sin embargo, lo que no es frecuentemente descrito por la literatura, es el suicidio consumado en niños sin antecedentes de intentos de suicidio, como es el caso en mención.

La mayoría de autores reportan que el método más empleado en la realización del acto suicida es la ingestión de drogas, medicamentos u otras sustancias tóxicas (17). Según lo descrito en el presente caso, el agente causante de la muerte fue de tipo constrictor, en la modalidad de ahorcamiento, dato que sumado a la edad del fallecido, es sumamente infrecuente.

La literatura también relaciona al suicidio pediátrico con una mayor proporción del sexo femenino y una mayor cantidad de púberes y adolescentes en comparación con los suicidios de niños menores de 12 años. Este último aspecto se podría explicar por el desarrollo cognitivo que permite la percepción de un concepto maduro de muerte a partir de los 12 años; además, existe una menor autonomía y un menor acceso a métodos letales en niños menores de edad, adicionado a un mayor afecto de la familia, colegio o ambiente y una menor incidencia de depresión a esa edad. Todo esto se diferencia a lo expuesto en el presente caso, pues el fallecido presentaba una edad de 11 años.

Según las características forenses del caso reportado, observamos que casi todos los hallazgos coinciden con lo descrito en el campo de la medicina legal. Al inicio de la evaluación del cadáver existió duda respecto a la catalogación de suicidio o no, pues la poca visibilidad del espacio libre que forma el agente constrictor en el momento de la suspensión, podría hacer pensar que se tratase de un homicidio (estrangulación), ya que el agente constrictor no dejaría el espacio para su nudo. Para esto, se recomienda una exhaustiva evaluación de las características del surco en el

cuello, pues la determinación de "surco completo" y no de "incompleto" generaría otro tipo de investigación distinta al presentado.

Por lo tanto, conociendo que la etiología médico legal más frecuente de la ahorcadura es la suicida, no estaría demás insistir que en medicina legal como en otras especialidades, cada caso debe ser valorado individualmente, averiguando los antecedentes del desarrollo psicosomático y alteraciones psicológicas del fallecido, realizando un cuidadoso y minucioso examen en el lugar del hecho y en la necropsia forense. Además, cabe mencionar que este trabajo no sólo le debe competir al médico forense, sino también a todo profesional de salud que en alguna circunstancia realice las evaluaciones y pericias psicológicas forenses complementarias bajo la designación de la autoridad legal competente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Johnson, G.R. : Suicide among adolescents and young adults; a cross-national comparison of 34 countries. *Suicide Life Threat. Behav.* 30(1) : 74-82. 2000
- (2) Pfeffer C. Suicide and suicidality. En: Wiener J (editor). *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1997
- (3) Ulloa, F. Prevención del suicidio en niños y adolescentes. *Rev Chil Pediatr* 1994; 3: 178-83
- (4) Pfeffer C. Suicidal Behavior in Children and Adolescents: causes and management. En: Lewis M (editor). *Child and Adolescent Psychiatry a Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996
- (5) Joffe R, Opponrd D, Boyle M. Ontario Child Health Study: Suicidal Behavior in youth 12-16 years. *Am J Psychiatry* 1988; 145 : 1420-3
- (6) Mullen D, Hendren R. El niño o adolescente suicida. En: Parmelee D (editor). *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid, Harcourt Brace, 1998
- (7) Brent D, Kolko D. Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. En: Garfinkel B, Carlson G, Weller E (editores). *Psychiatric disorders in children and adolescents*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1990
- (8) Borowsky I, Ireland M, Resnick M. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics* 2001; 107: 485-493.

- (9) Woods E, Lin Y, Middleman A, Beckford P, Chase L, Durant R. The associations of suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 1997; 99: 791-796.
- (10) Montoya B, Ivan D. Epidemiología del Suicidio. En *Boletín Epidemiológico de Antioquia*. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. 1996: 253-60.
- (11) Desjarlais R, Eisenber L, Good B, Kleinman A. Suicidio. En: *Salud Mental en El Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. OPS/OMS. 1997: 95.
- (12) Vásquez R., Lombana A. Intento de suicidio en Adolescentes: Tristeza y Conflicto Familiar. *Actual Pediatr FSFB* 1991; 1:56-9.
- (13) Locke,T.F. Alcohol involvement and dysphoria; a longitudinal examination of gender differences from late adolescence to adulthood. *Psychol. Addict. Behav.* 15(3): 227-236. 2001.
- (14) Runeson, B.S. Child psychiatric symptoms in consecutive suicide among young peoples. *Ann. Clin. Psychiatry.* 10(2): 69-73. 1998.
- (15) Lester B. Learning from Durkheim and beyond: the economy and suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2001; 31: 15-31.
- (16) Tondo L, Baldessarini R. Suicide: causes and clinical management. *Clin Update*; 2001.
- (17) Townsend, E. Substances used in deliberate self-poisoning 1985-1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. *Soc. Psychiatry.* 36(5): 220-234. 2001.

ANEXOS



Foto 1. Escena del Hecho : Vivienda de 3 pisos donde se produjo el suceso.



Foto 2. Escena del Hecho : Cuerda atada en el 3er piso (Nudo distal). El cadáver se encontraba suspendido del cuello (Nudo Proximal) en la sala del 1er piso de la casa.



Foto 3. Examen Externo : Cadáver masculino de 11 años de edad. Rostro pálido ("ahorcado blanco") que se relaciona con la posición típica del nudo proximal : compresión simétrica de vasos de ambos lados del cuello.



Foto 4. Examen Externo : Véase las características del surco en cuello (oblicuo, supratiroideo)



Foto 5. Características del surco cervical: incompleto, traduce la forma del agente constrictor, fondo pálido (Signo de Ambrosio Paré), apergaminado y de bordes congestivos (signo de haber sido producido en vida).



Foto 6. Hemorragia subconjuntival : signo de asfixia mecánica



Foto 7. Cianosis sub ungueal bilateral : signos de insuficiencia respiratoria



Foto 8. Livideces en "pantalón". Véase el punto de apoyo del talón (ahorcamiento incompleto)

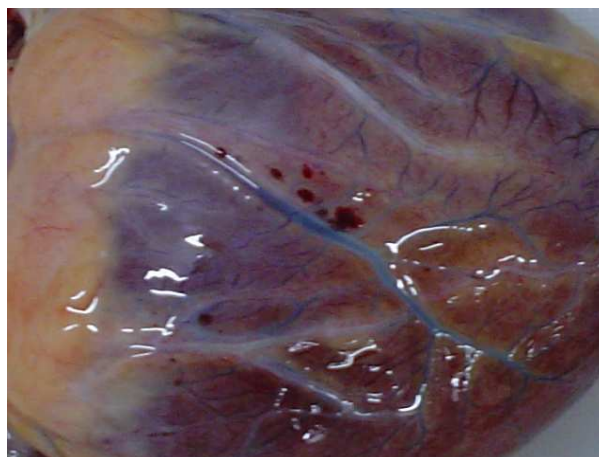


Foto 9. Petequias en pericardio : Signos de asfixia mecánica