

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**



**EL SUICIDIO EN MENORES DE EDAD EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DESDE
EL PUNTO DE VISTA MÉDICO Y LEGAL**

MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA

Guatemala, agosto de 2007.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**EL SUICIDIO EN MENORES DE EDAD EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DESDE
EL PUNTO DE VISTA MÉDICO Y LEGAL**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala
Por

MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, agosto de 2007.

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO: Lic. Bonerge Amilcar Mejía Orellana
VOCAL I: Lic. César Landelino Franco López
VOCAL II: Lic. Gustavo Bonilla
VOCAL III: Lic. Erick Rolando Huitz Enríquez
VOCAL IV: Br. José Domingo Rodríguez Marroquín
VOCAL V: Br. Marco Vinicio Villatoro López
SECRETARIO: Lic. Avidán Ortiz Orellana

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera Fase:

Presidente: Lic. Elder Ulises Gómez
Vocal: Lic. Napoleón Gilberto Orozco Monzón
Secretario: Licda. Yohana Carolina Granados

Segunda Fase:

Presidente: Lic. Napoleón Gilberto Orozco Monzón
Vocal: Lic. Saulo De León Estrada
Secretario: Lic. Héctor Orozco

RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis”. (Artículo 43 del normativo para la elaboración de tesis de licenciatura en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala).

Lic. Jorge Benjamín Jiménez Solórzano
ABOGADO Y NOTARIO

Bufete Profesional 14 Calle 6-12, Zona 1 Oficina 306 Tercer Nivel
Edificio Valenzuela • Telfax: 2251 4837 - 2251 7242 y 2232 8093
Ciudad de Guatemala



2 de diciembre de 2,005.

Señor Decano:
De la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales,
Universidad de San Carlos de Guatemala,
Ciudad Universitaria.

Señor Decano:

Respetuosamente, me dirijo a su persona con el objeto de informarle que asesoré el trabajo de tesis de la Bachiller MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA, carné número: 9513366, el cual se denomina "EL SUICIDIO EN MENORES DE EDAD EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO LEGAL", señor Decano, por considerarlo más adecuado y con la previa autorización de la autora la Bachiller MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA, se le ha cambiado la denominación a su trabajo, adoptando el siguiente: "EL SUICIDIO EN MENORES DE EDAD EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO Y LEGAL".

Manifiesto al señor Decano que el trabajo de tesis llena los requisitos necesarios para que la Bachiller MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA, pueda sustentar su examen público de tesis, exponiendo los motivos y conclusiones que se refieren al respecto.

Sin otro particular, me es grato suscribirme del señor Decano, como su atento y deferente servidor;

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LIC. JORGE BENJAMIN JIMENEZ SOLORZANO
ABOGADO Y NOTARIO
Colegiado 5,848



UNIDAD DE ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, veinticinco de julio de dos mil seis.

Atentamente, pase al (a) **LICENCIADO (A) NAPOLEÓN GILBERTO OROZCO MONZÓN**, para que proceda a revisar el trabajo de tesis del (a) estudiante **MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA**, Intitulado: **"EL SUICIDIO EN MENORES DE EDAD EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO Y LEGAL"**.

Me permito hacer de su conocimiento que está facultado (a) para realizar las modificaciones de forma y fondo que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título de trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente debe hacer constar el contenido del Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.


LIC. MARCO TULLIO CASTILLO LUTÍN
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS



cc. Unidad de Tesis
MTCL/slh

LIC. NAPOLEÓN GILBERTO OROZCO MONZÓN
ABOGADO Y NOTARIO

5ª. Avenida 10-68 zona 1 Of.302 piso 3
Edif. Helvetia, Guatemala, C. A.
TEL.22324664



Guatemala, 03 de agosto de 2008

SEÑOR
JEFE DE LA UNIDAD DE ASESORÍA DE TESIS
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
LICENCIADO MARCO TULIO CASTILLO LUTÍN
SU DESPACHO.-

De la manera más atenta me permito comunicarle que he cumplido con la función de Revisor de Tesis de la estudiante MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA, intitulado "EL SUICIDIO EN MENORES DE EDAD EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO Y LEGAL", el cual a mi criterio cumple con todos los requisitos y formalidades que establece el reglamento de esta facultad; y emito el dictamen siguiente:

- I.- Considero que el tema investigado por la estudiante Urizar Beteta, es de suma importancia respecto a su contenido científico y técnico, pues hace un análisis jurídico y social a raíz que en Guatemala pasa desapercibido el suicidio en menores de edad y que los adolescentes experimentan sentimientos de estrés y muchas emociones más que son perjudiciales a la Sociedad. Y concluye que la concepción errónea del suicidio no es una enfermedad patológica, sino por el contrario es una reacción existencial y volitiva ante circunstancias adversas de la vida. Habiendo empleado en su investigación los métodos históricos, deductivos e inductivo y con relación a las técnicas, ficheros, fichas de trabajo, bibliografías, etc.;
- II.- La Bibliografía consultada por la estudiante Urizar Beteta, fue la adecuada al tema elaborado y sus conclusiones resultan congruentes con su contenido y las recomendaciones son consecuencia del análisis jurídico de la investigación realizada;
- III.- Sobre la base de los incisos anteriores, considero conveniente la impresión del trabajo para que el mismo pueda ser discutido en el correspondiente examen público.-

Sin más que agradecer la consideración a mi persona al encomendarme tan honroso trabajo de Revisor, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi alta muestra de estima.-

Sin otro particular, me suscribo muy cordialmente.-

F) 
LIC. NAPOLEÓN G. OROZCO MONZÓN
COL.2661

Lic. Napoleón Gilberto Orozco Monzón
ABOGADO Y NOTARIO



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, trece de abril del año dos mil siete.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la Impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante MIRLA BLANDINA URIZAR BETETA, Intitulado "EL SUICIDIO EN MENORES DE EDAD EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO Y LEGAL" Artículo 31 Y 34 del Normativo para la elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público de Tesis.-

MTCL/slh



DEDICATORIA

- A DIOS:** A tí mi Señor por cumplir tu propósito en mi vida y por iluminar mi camino en cada paso que doy.
- A MIS PADRES:** Víctor Urizar (Q.E.P.D.) y Filiberta América Beteta. Por ser un ejemplo de lucha en todo el recorrido de mi vida y sobre todo por ese apoyo incondicional que siempre me brindaron con la esperanza de llegar a este día tan especial.
- A MIS HERMANOS:** Delfy, Irma Oneyda, Iris Noelia y Edwin Osbelí. Por ser los mejores hermanos que Dios me pudo regalar, por su compañía en los momentos difíciles y en los felices y por todo su apoyo, gracias mil, los quiero mucho y les pido que sigan adelante cosechando triunfos.
- AL ANGEL DE MI VIDA:** Mi Bebé Daniela Alejandra. Gracias mi Señor Jesús por haberme permitido tener un Ángel a mi lado en los momentos en que creí que no podría realizar este hermoso sueño.
- ESPECIALMENTE A:** Jaime Chiquitó. Por ser mi compañero, amigo y esposo, pues sin su apoyo no hubiera podido obtener este maravilloso triunfo; por estar siempre a mi lado en los momentos que sentía desfallecer. TE AMO.
- A MIS SOBRINOS:** Karla Lisbeth, Donaldo Alberto, Jeff Andy, Breyson Gerberth y Brandon. Gracias por ser parte importante en mi vida.
- A MIS ABUELAS:** Con todo mi cariño, respeto y admiración.

A MIS ABUELOS: (Q.E.P.D.) Sé que desde el cielo están celebrando conmigo este triunfo.

A MIS AMIGAS: Licda. Olga Aracely López y María De los Ángeles Orozco. Con todo mi cariño y aprecio.

A LOS ABOGADOS: Jorge Benjamín Jiménez y Napoleón G. Orozco. Por su aporte tan valioso en este trabajo de tesis, Dios los bendiga siempre.

A: La Tricentenario Universidad de San Carlos de Guatemala, especialmente a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, por abrirme sus puertas y contribuir a mi formación profesional.

A: Usted que de una u otra manera me acompañó, en este recorrido, muchas gracias.

ÍNDICE

Pág.

Introducción.....	i
-------------------	---

CAPÍTULO I

1. La muerte.....	1
1.1 Significado de la muerte en la historia y en la religión.....	1
1.2 Definición del concepto muerte.....	6
1.2.1 La muerte desde el punto de vista médico.....	6
1.2.2 La muerte desde el punto de vista bíblico.....	6
1.2.3 La muerte desde el punto de vista jurídico.....	6
1.3 Clasificación.....	7
1.3.1 Muerte clínica.....	7
1.3.2 Muerte médico legal.....	9
1.3.2.1 Muerte aparente.....	9
1.3.2.2 Muerte real.....	10
1.3.2.2.1 Muerte relativa.....	10
1.3.2.2.2 Muerte intermedia.....	10
1.4 Causa de la muerte.....	11
1.5 Manera de la muerte.....	11

CAPÍTULO II

2. El delito.....	13
2.1 Acepciones del delito.....	13
2.2 Naturaleza del delito.....	14
2.3 Criterios para definir el delito.....	15

	Pág.
2.3.1 Criterio legalista.....	15
2.3.2 Criterio filosófico.....	15
2.4 Elementos característicos del delito.....	15
2.4.1 Elementos positivos.....	16
2.4.1.1 La acción.....	16
2.4.1.2 La tipicidad.....	17
2.4.1.3 La antijuridicidad.....	17
2.4.1.4 La culpabilidad.....	18
2.4.1.5 La punibilidad.....	19
2.4.2 Elementos negativos.....	20
2.4.2.1 Falta de acción.....	21
2.4.2.2 Atipicidad.....	21
2.4.2.3 Causas de justificación.....	22
2.4.2.4 Causas de inculpabilidad.....	23
2.4.2.5 Causas de inimputabilidad.....	24

CAPÍTULO III

3. El suicidio desde el punto de vista médico.....	27
3.1 Definición de suicidio.....	27
3.2 Generalidades del suicidio.....	28
3.3 Consecuencias jurídicas.....	28
3.3.1 Investigación post-mortem.....	28
3.3.2 Levantamiento del cadáver.....	30
3.3.3 Examen externo del cadáver.....	31

	Pág.
3.3.4 Examen de las ropas.....	33
3.3.5 Examen del lugar y los alrededores.....	33
3.3.6 Necropsia médico legal.....	34
3.3.7 Principales objetivos de la necropsia médico legal.....	35
3.3.8 Quiénes pueden efectuar una necropsia.....	35
3.3.9 Procedimiento quirúrgico.....	36
3.4 Tanatología forense.....	37
3.5 La Psiquiatría forense.....	38
3.5.1 El suicidio y su relación con otras enfermedades psiquiátricas.....	42
3.5.2 Creatividad, depresión y suicidio.....	42
3.5.3 El suicidio y la enfermedad maníaco-depresiva.....	43
3.5.4 Índices de intento de suicidio en la enfermedad maníaco-depresiva...	44
3.5.5 El suicidio de acuerdo al curso de la enfermedad.....	44
3.5.6 El suicidio en la esquizofrenia.....	45

CAPÍTULO IV

4. El suicidio desde el punto de vista legal.....	47
4.1 Historia del suicidio.....	47
4.2 La inducción al suicidio en la legislación guatemalteca.....	51
4.3 Análisis doctrinal.....	52
4.4 Derecho comparado.....	53
4.5 Acción u omisión.....	55
4.5.1 Acción.....	55
4.5.2 Omisión.....	56

CAPÍTULO V

	Pág.
5. Identificación de causas y factores que incitan a los menores de edad al suicidio.....	59
5.1 Maltrato infantil.....	59
5.2 Violencia intra-familiar.....	59
5.3 Desintegración familiar.....	60
5.4 Falta de atención o abandono paternal.....	61
5.5 Baja autoestima.....	61
5.6 Decepciones por defectos físicos.....	61
5.7 Por haber sido víctima de violación.....	62
5.8 Sectas destructivas.....	62
5.9 Sobredosis en medicamentos.....	62
5.10 Abuso en el consumo de drogas.....	63
5.11 Odio así mismo.....	63
5.12 La discriminación.....	63
5.13 Influencia de delincuencia juvenil.....	63
5.14 Las maras.....	64
5.15 Las pandillas.....	65
5.16 Bajo rendimiento escolar.....	65
5.17 Venta de drogas a los alumnos en centros educativos.....	65
5.18 Tabaco.....	66
5.19 Trastornos en la personalidad.....	66
5.20 Factor económico.....	66
5.21 Factor social.....	67
5.22 Factor religioso.....	67

5.23 Factor político.....	67
---------------------------	----

CAPÍTULO VI

6. El fenómeno del suicidio en menores de edad en la ciudad de Guatemala y sus efectos.....	69
6.1 Análisis del origen de la ideación suicida.....	69
6.2 Análisis de los efectos del suicidio en menores de edad.....	69
6.3 La infancia y los actos suicidas.....	70
6.4 La familia y la herencia en el suicidio y la conducta suicida.....	71
6.5 El suicidio, una de las principales causas de muerte.....	73
6.6 Problemática para la detección del suicidio en menores de edad.....	74
6.7 Ausencia de legislación específica que proteja a los menores de edad contra el suicidio.....	75
6.8 Medidas para orientar y prevenir el suicidio.....	76
6.9 Fases de la conducta suicida en los menores de edad.....	77
6.10 Algunas medidas recomendables para identificar y prevenir factores de riesgo suicida.....	78
CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	85
ANEXO.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	95

INTRODUCCIÓN

La muerte por suicidio en general es un fenómeno de dimensiones desconocidas y sin duda, una de las maneras más dramáticas e impactantes de muerte que puede tener el ser humano, ya que los efectos psicológicos son devastadores tanto para los familiares que lo sufren, como para la sociedad misma.

Al analizar los recientes aumentos de las tasas de suicidio en menores a nivel mundial, según lo reflejan las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud O.M.S. en relación con los cambios socioeconómicos y políticos que se han dado en los últimos años en la región latinoamericana y que han traído aparejados numerosos fenómenos, entre ellos los generados por el desplazamiento de grandes masas humanas de las zonas rurales a las urbanas, imponiendo en ellas cargas sociales y psicológicas abrumadoras, lo que afecta los mecanismos de adaptación personales y de grupo, que se traduce a su vez, en variadas expresiones de trastornos mentales y problemas psico-sociales. En 1998, en América Latina ya se estimaba que aproximadamente 17 millones de niños entre los 4 y 16 años, padecían de trastornos psiquiátricos y por otra parte, en proyección para el año 2000, no menos de 88 millones de personas, estarían padeciendo algún trastorno.

En Guatemala, la muerte por suicidio en niños y adolescentes, es un problema social latente que merece especial atención, ya que se están perdiendo valiosas vidas por el simple hecho de no tener acceso a una atención oportuna; el presente trabajo de investigación se basa en el análisis de varios estudios, para conocer cómo se comporta el fenómeno del suicidio, estableciendo las conclusiones y recomendaciones correspondientes y ayudar con este aporte, a prevenir y evitar el suicidio en menores de edad e impedir que se sigan incrementando el número de casos como ha ocurrido en forma significativa en los últimos años.

Para la elaboración del presente trabajo, se utilizó el método inductivo y la técnica de entrevista, basándose en los estudios de Esquirol (1838), discípulo de Pinel, quien ofrece una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica y, centró su

estudio sobre el suicidio como síntoma de un trastorno mental, pero también apuntó al suicidio provocado por las pasiones humanas; se refirió al acto de suicidio como a una crisis de afección moral desencadenada por las múltiples incidencias de la vida; ambición, venganza, orgullo, ira, temor, remordimientos, amores contrariados, problemas familiares y dificultades económicas.

se indagó sobre la existencia de estadísticas nacionales relacionadas con suicidios de menores de edad, pero no fue posible encontrar una fuente que determine con exactitud la ocurrencia de este tipo de causas en nuestro país, por lo que se parte de que en Guatemala, el fenómeno suicidio en niños y adolescentes pasa desapercibido, debido a que las estadísticas oficiales no reflejan la cantidad real o exacta de casos consumados; si bien es cierto, existen registros físicos de muertes de niños y adolescentes en las instituciones estatales, pero los mismos son inexactos y no proporcionan cantidades acordes a la realidad de nuestro país, ya que no se toma en cuenta que el asunto es alarmante, mucho menos se toma en cuenta de que se trata de niños y adolescentes que son la parte más vulnerable de toda sociedad. Es por ello que se consideró necesario realizar la investigación del problema desde el punto de vista médico y legal, ya que hasta la fecha no existen estudios que intenten delimitar el comportamiento de dicho fenómeno.

El contenido del presente trabajo está dividido en seis capítulos: El primero se refiere al concepto muerte, su significado en la historia, la religión, sus definiciones y diferentes puntos de vista; el segundo capítulo desarrolla el delito, sus acepciones, su naturaleza jurídica y sus elementos característicos en relación con la inducción al suicidio, conducta encuadrada como delito conforme lo establecido en el Artículo 128 del Código Penal; el tercero se enfoca al suicidio desde el punto de vista médico, las generalidades del suicidio, las consecuencias jurídicas y la psiquiatría forense; el cuarto se refiere al suicidio desde el punto de vista legal, la historia del suicidio, la inducción al suicidio en la legislación guatemalteca, análisis doctrinal y derecho comparado; el quinto a la identificación de causas y factores que incitan a los menores de edad a suicidarse; y

el sexto, se enmarca en el fenómeno del suicidio en Guatemala, sus orígenes, sus efectos, y medidas para orientar y prevenirlo.

CAPÍTULO I

1. La muerte

Al introducir en este estudio la palabra muerte, adquiere una importancia particular, ya que incita a conocer por lo menos de una manera fugaz, lo que histórica y religiosamente, ha significado para la humanidad; esto con el fin de compararla con las creencias actuales.

1.1 Significado de la muerte en la historia y en la religión

Es importante que se entienda que una de las muchas interrogantes que ha preocupado al ser humano en todos los tiempos, ha sido la muerte. “Desde épocas remotas ésta ha tenido un significado especial, mágico, mítico y misterioso en las diferentes culturas y sociedades. Los egipcios por ejemplo, la consideraban como: La voluntad de la perpetuidad, el paso de una vida terrenal a otra por medio de la reencarnación y para ello preparaban ofrendas y riquezas dentro de su lecho de muerte con el fin de poder subsistir en su nueva y renovada vida. Los griegos en cambio, desde sus orígenes y desarrollo histórico, se han planteado un enfoque filosófico de la muerte, han pensado en la realidad de la misma, la finitud humana y en la posibilidad o no de una vida inmortal, lo anterior basado en las creencias de Homero, quien pensaba que cuando una persona moría, su aire vital o psiquis dejaba su cuerpo para entrar en el palacio de Hades, rey de la muerte, convirtiéndose así en un fantasma perceptible, pero intocable. En Europa Renacentista en cambio, la muerte significó un cambio de mentalidad, el hombre se sintió más independiente de la religión. Piensa primero en sí mismo y después en Dios, evento que fue tan importante que condicionó las expresiones culturales de la muerte, demostrando así en los monumentos funerarios como: tumbas, sarcófagos, cenotafios y lápidas del arte renacentista. Citando como ejemplo a Miguel Ángel Buonarotti, quien demostró dicho cambio de actitud en su obra La Pietá, del Vaticano, en la que se evidencia la pérdida del miedo ante la muerte que imperaba en esa época. El hombre deseaba ser recordado como un individuo ejemplar, como fue físicamente en la mejor etapa de su vida; para que se

recuerden así sus obras, sus hazañas. Nace también en este momento renacentista, el enfoque filosófico del cristianismo español, que piensa en la perspectiva de la muerte desde un punto de vista antropológico; en donde se iluminan las primeras reflexiones de la vida moral y de la reflexión ética, que muy probablemente son las que han influido en nuestras culturas, luego del descubrimiento de América; en las que se consideró:

- La muerte y los criterios de modalidad: «Obra de modo que merezcas a tu propio juicio y a juicio de los demás la eternidad, que te hagas insustituible, que no merezcas morir». O tal vez así: «Obra como si hubieses de morirte mañana, pero para sobrevivir y eternizarte».
- La muerte y la personalidad moral: «Seremos lo que hayamos sido hasta la muerte».
- La muerte y la felicidad humana: «La muerte impide la felicidad completa, sin embargo, denomina: La condición amorosa que nos caracteriza y que la muerte resalta de forma especial, sobre todo, al arrebatarnos a los seres queridos. Por ello es explicable que el anhelo de inmortalidad sea proporcional a la experiencia del amor».¹

“La cultura judía adoptó dentro de su religión, la práctica de ritos, con ocasión de la muerte de una persona. Los ritos mortuorios como se les conoce, estaban directamente relacionados con el funeral (despedida del cuerpo terrenal), con la inhumación misma (polvo al polvo) y con los rituales del duelo y del aniversario. Dichos eventos se convirtieron y se consideraban aún, una verdadera psicoterapia para los familiares y personas relacionadas con el difunto, ya que los ayudó a comprender lo que se conoce como: Torá-jayim o una enseñanza de vida, dejándoles como legado una actitud amena ante la muerte para aprender en la vida.

¹ Vargas Solano, Rosa Elena, **La muerte violenta en menores de 18 años**. pág. 4

Los budistas, al igual que los judíos, ven en la muerte un evento alegre, como un tiempo de celebración, ya que se considera el renacer del espíritu. Es por ésta razón, que se enseña a aceptar la muerte como un fenómeno natural, y citan: «No hay necesidad de llorar y de tornarse tristes, porque las lágrimas y la tristeza no les hacen bien a los muertos. Es mejor despedirlos conformes, ya que han terminado su karma de esta vida y no tienen que continuar con el sufrimiento en la tierra. Esto es digno de celebración».

La Iglesia Católica, al referirse a la Doctrina de la Escritura sobre la muerte, manifiesta que la revelación de Dios nos enseña, con respecto a la muerte, tres aspectos fundamentales: a) La muerte es ley para todos los hombres, universalidad; b) La muerte, es en el actual plan de salvación, castigo-consecuencia del pecado; y, c) Con la muerte termina el tiempo de merecer o de desmerecer ante Dios.

Por otro lado, la humanidad comparte el concepto de la muerte, como un proceso biológico natural que se manifiesta con el cese de las funciones vitales del ser humano, pero una visión más amplia permite concebirla también, como un proceso espiritual, mediante el cual el espíritu abandona el cuerpo físico para continuar viviendo en otro plano o dimensión.

Entonces: ¿Cuál ha de ser el comportamiento ante la muerte? En la actualidad, los seres humanos al igual que en tiempos pasados, reaccionan ante ésta, dependiendo de sus propias creencias socioculturales; de eso depende que se pueda asimilar y que puedan continuar sus vidas sin los seres que aman, porque han partido del mundo físico, a un plano espiritual.

¿Pero que ocurre ante la muerte de un niño? ¿Ha sido ésta considerada normal a través de los tiempos dentro de la evolución del hombre? Para hablar de esto, se citan dos fuentes religiosas, con el fin de valorar mejor el significado de los niños y jóvenes. En la Sagrada Biblia, tanto el Antiguo como el Nuevo Testamento, muestra una serie

de pasajes en los que se pone de manifiesto, de forma sutil, el significado de la muerte de los niños y jóvenes. Se pueden citar como ejemplo, los siguientes pasajes:

- Sabiduría 18,5. «Los egipcios decidieron matar a los niños de tu pueblo santo, y solo se salvó Moisés, que fue abandonado. Pero en castigo, les quitaste a ellos muchos hijos e hiciste que se ahogaran todos juntos en aguas enfurecidas».
- Baruc 4, 9:11. «Escuchen, ciudades vecinas, Dios me ha enviado un gran dolor! He visto como Él, Dios eterno, ha mandado cautivos a mis hijos e hijas. Yo los había alimentado llena de alegría, y luego, con tristeza y lágrimas, los vi partir».
- Sabiduría 4, 10:17. «Lo bueno y joven agradó a Dios y Dios lo amó; vivía entre pescadores, y Dios se lo llevó, lo arrebató del mal para que no pervirtiera su mente, para que el error no sedujera su alma... El bueno condena a los malos que todavía viven y la juventud que pronto llega a la perfección, condena a la prolongada vejez del malvado».
- San Mateo 2, 16:18. «Al darse cuenta Herodes de que aquellos sabios lo habían engañado, se llenó de ira y mandó a matar a todos los niños de dos años para abajo que vivían en Belén... Se oyó una voz en Ramá, era Raquel, que lloraba por sus hijos y no quería ser consolada, pues ya estaban muertos»

Una historia que toma gran significado y simboliza el sentir de muchas religiones, acerca de lo bueno de morir, es la que se cita en «Sutra de la Vacuidad de las Cinco Principales relaciones», que dice así: Había un brahmacarín (alguien que estudia las enseñanzas sagradas y practica la pureza), que viajó desde Rajagrha a Sravasti y se encontró con dos hombres, padre e hijo, que estaban trabajando la tierra cerca de un poblado. De pronto al hijo le mordió una serpiente venenosa y murió. Su padre continuó con el trabajo ni lloró ni le prestó mucha atención. El brahmacarín le preguntó ¿De quién es hijo éste? El campesino le contestó: Es mi hijo. El brahmacarín siguió preguntando: ¿Si es su hijo, porqué usted no llora y porqué sigue con su trabajo, como

si nada hubiese pasado?, el campesino le contestó: A cada nacimiento sigue la muerte, igual que al ciclo de la construcción y destrucción de todas las cosas. La vida de cada persona está determinada por su karma bueno y malo. Con parar mi trabajo y comenzar a llorar, entregándome a la tristeza y al lamento, el muerto no regresaría a la vida. No le hará ningún bien a mi hijo. Como usted está caminando en esa dirección, supongo que va a pasar por el poblado. Por favor, informe a mi familia sobre la muerte de mi hijo y dígales que sólo tienen que mandar comida para una sola persona. El brahmacarín entró al poblado y llegó a la casa del campesino. Encontró a la madre y le contó que su hijo había muerto y que su esposo le mandaba a decir que sólo hacía falta la comida para una persona. Entonces el brahmacarín le preguntó a la madre del muerto ¿Por qué ni usted ni su esposo lloran ni se ven tristes al enterarse que su hijo falleció, ¿por qué reaccionan como si nada hubiese pasado?. La madre dijo al brahmacarín, no estaba en mi poder que mi hijo naciera; él no vino porque lo hubiese llamado. Hoy mi hijo murió y no tengo poder de retenerlo. Era como nuestro huésped, que llegó por sí mismo y ahora se fue sin que lo podamos retener. Si nos tornamos tristes o lloramos por su muerte, no le hacemos bien a nuestro hijo. El brahmacarín preguntó entonces a la hermana del muerto: ¿Tu hermano murió y tú no lloras? Ella respondió: Nosotros, hermanos y hermanas, somos los trozos de bambú que forman un arbusto. Se agrupan de acuerdo a sus ligas kármicas, pero cuando el viento sopla y rompe al arbusto, los trozos se separan. Del mismo modo, debido a los vínculos kármicos mi hermano nació en nuestra familia. Sin embargo, cada miembro de nuestra familia tiene su propio destino y duración de vida. La vida es impermanente y no se puede predecir cuando terminará.”²

Tratar de reflexionar sobre los pasajes anteriores, sería una labor casi imposible, sería combatir creencias, valores y sentimientos. Lo importante entonces es deducir que todos forman parte del plan de Dios, sin importar, nombre, color, raza, religión o representación cultural, que la muerte es solo un evento, posiblemente un paso a algo mejor.

² Vargas Solano, Rosa Elena, **La muerte violenta en menores de 18 años**. pág. 5 a 8

1.2 Definición del concepto muerte

Definir el concepto de muerte, suele ser una tarea compleja. Puede enfocarse desde diferentes puntos de vista.

1.2.1 La muerte desde el punto de vista médico

“Desde este punto se define la muerte como: El fin de la vida. El cese de las funciones de un cuerpo o el cese irreversible de las funciones cardíaca y respiratoria.”³

1.2.2 La muerte desde el punto de vista bíblico

Basado en la creencia bíblica, la muerte se define como: “El detenerse de la vida, la muerte física o la supresión de toda manifestación de vida del organismo en conjunto. Se trata de un proceso gradual que se inicia con el fallo funcional de un (os) órgano(os) vital (es).”⁴

1.2.3 La muerte desde el punto de vista jurídico

La perspectiva jurídica por su parte establece en el Código Civil que: La personalidad civil se extingue por la muerte de una persona y señala además, que la muerte pone fin a la capacidad jurídica, pero no determina cuándo muere una persona, dejando la cuestión a las reglas de la ciencia médica.

De lo citado anteriormente, es aquí donde toma tanta importancia el diagnóstico de la muerte desde el punto de vista médico, ya que no sólo implica el cese de las funciones corporales, sino que también incluye el cese de las funciones de un

³ *Ibid.* pág. 10

⁴ *Ibid.*

individuo dentro de la sociedad. Este último aspecto se hace legítimo con la certificación de la muerte de la persona, ante las entidades gubernamentales. En el caso de Guatemala se hace en el Registro Civil en donde existe un libro especial para el registro de defunciones, conforme el Artículo 405 del Código Civil.

1.3 Clasificación

La muerte puede clasificarse de varias maneras que se describen a continuación.

1.3.1 Muerte clínica

Llamada también muerte cardiorrespiratoria, “El cese de la circulación y la respiración con la consecuente detención de la función del sistema nervioso central.”⁵ Es aquella que se valora cuando el individuo se encuentra hospitalizado y que se da cuando la persona sufre lo que se conoce como: muerte neurológica, también conocida como: muerte cerebral, muerte del tallo cerebral, entre otras.

“El concepto de muerte neurológica nació como una alternativa para la vieja definición de: fallo respiratorio y circulatorio irreversible. Fue introducido por primera vez en 1968, al ser reportado por un Comité de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. Posteriormente fue adoptado, con algunas modificaciones, por el Presidente de la Comisión de Estudios de Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica e introducido en las diferentes legislaciones.

Actualmente, la muerte neurológica se define básicamente como: La pérdida irreversible de la capacidad de conciencia combinada con la pérdida irreversible de las funciones del tallo cerebral, incluyendo la capacidad para respirar. Es el equivalente de la muerte de un individuo, aunque su corazón siga latiendo y las funciones de la médula espinal persistan.

⁵ Iraheta Monroy, Mario Roberto, **Apuntes de medicina forense para estudiantes de derecho**. pág. 21

Algunos autores de una forma más sencilla, lo explican y lo definen como: El cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales, como del tronco encefálico.”⁶

“En el año de 1968, la Asociación Médica Mundial (World Medical Association), consideraba los siguientes cuatro criterios para su diagnóstico:

1. Falta total de la respuesta a estímulos externos.
2. Falta de tono muscular: principalmente del sistema respiratorio.
3. Descenso de la presión arterial.
4. Electroencefalograma plano.

Con el avance tecnológico, dichos criterios han sido modificados. Estos se establecen basándose en una serie de criterios diagnóstico-clínicos en donde se demuestra: a) La presencia de coma arrectivo (irreversible); b) Ausencia de reflejos del tronco encefálico, y c) Apnea. De tal magnitud y consecuencia es el diagnóstico que debe de realizarse por el personal médico de mayor experiencia y en consecuencia con los estándares médicos aceptados a nivel mundial”.⁷

La exploración neurológica de estos pacientes incluye:

- a) La exploración algésica, en la que se valora la ausencia de movimiento ante la aplicación de estímulos intensos.
- b) La exploración de los reflejos tronco-encefálicos, dentro de los que se citan: El

⁶ Vargas Solano, **Ob. Cit**; pág. 12

⁷ **Ibid.** pág. 13

reflejo foto motor, el corneal, oculocefálico, óculo vestibular, nauseoso y tusígeno.

- c) Prueba de atropina: En el que se valora la respuesta pupilar.

- d) Prueba de apnea: Tiene como finalidad demostrar la ausencia de respiración espontánea.

“En este punto, es importante citar que según algunos autores, estos criterios diagnósticos, pueden ser aplicados en los niños a partir de los dos meses de nacidos. Ya que en niños menores, solamente los criterios clínicos no son suficientes en la determinación de muerte neurológica, y agregan además, que a diferencia del examen del adulto, a los niños se les debe realizar dos pruebas con un intervalo de tiempo entre cada una de veinticuatro horas. Para lo cual se practican dos electroencefalogramas, posteriormente, se deben dejar a los niños en observación, luego de la segunda valoración, por al menos doce horas más, antes de dictaminar la muerte. Desde la perspectiva médico legal, y como dato aparte, es de suma importancia la hora en que se fija la muerte neurológica, ya que ésta es la que se considera como la hora de muerte real, es cuando el cuerpo físico pasa a ser un cadáver mantenido por medios artificiales (cadáver en oxigenación).”⁸ sic

1.3.2 Muerte médico legal

A continuación se describen distintos criterios diagnósticos, labor que se realiza, desde el punto de vista de la medicina legal, para poder determinar la manera y causa de la muerte ocurrida en menores de edad.

1.3.2.1 Muerte aparente

“Es aquella muerte o estado en el cual una persona estando con vida aparenta estar muerta, en la que se da la pérdida del conocimiento e inmovilidad con actividad mínima o cese transitorio de la circulación y la respiración.

⁸ *Ibid.* pág. 14

Es una condición reversible si se efectúan las maniobras de reanimación en el momento adecuado. El organismo manifiesta al mínimo su funcionamiento y por ello debe caer la temperatura a límites mínimos del metabolismo. Comúnmente a este estado se le llama catalepsia.”⁹

1.3.2.2 Muerte real

Llamada también muerte verdadera o absoluta, se ha definido como el cese irreversible de la circulación, la respiración y el sistema nervioso central. Esta detención no siempre es simultánea en los tres aparatos. Autores como J. A. Calabuig ha agregado a este apartado, otros dos tipos de muerte; ya que él las considera como un proceso que, dependiendo de la intensidad y de la cualidad de la agresión que la desencadena, tendrán una duración diferente, pero que está constituido por una sucesión evolutiva, de fases de desestructuración progresiva del funcionamiento integrado del organismo como unidad biológica, por lo tanto, considera la existencia de muerte relativa y muerte intermedia.

1.3.2.2.1 Muerte relativa

Considerada como la prolongación de la agonía. Existe una supresión efectiva y duradera de las funciones nerviosas, respiratorias y circulatorias, siendo posible mediante maniobras de reanimación, la recuperación en algunos casos.

1.3.2.2.2 Muerte intermedia

Es una extinción progresiva de las actividades biológicas, sin que sea posible de ninguna de las formas, recuperar la vida del organismo de forma unitaria.

⁹ Iraheta Monroy, **Ob. Cit;** pág. 21

1.4 Causa de la muerte

La causa de la muerte de un individuo se puede definir como: La enfermedad, traumatismo o combinación de ambos, así como la complicación patológica de estos, responsables de la cadena de trastornos fisiológicos que de una forma breve o prolongada produce el deceso de un individuo. Esto se conoce como proceso o mecanismo fisiológico.

1.5 Manera de la muerte

“La manera de la muerte debe entenderse como el carácter natural, homicida, suicida o accidental de un deceso. Este proceso fue creado como recurso para comunicar, por parte del médico forense, al administrador de justicia, acerca del carácter de la muerte de una persona desde la perspectiva jurídica. Fundamentalmente se pretende informar a la autoridad judicial, la posible existencia o no de un delito perseguible.”¹⁰

La misma se deriva del análisis por parte del médico forense, de las circunstancias, dinámica, mecanismo, cuadro lesionológico, escenario de la muerte y otros aspectos relacionados con el fallecimiento de una persona.

Es por esto y por las implicaciones legales de la muerte, que es de suma importancia discernir el momento de realizar la autopsia y/o asistir a un escenario de la muerte, la posible manera en que se dio la misma, para así iniciar lo más pronto posible el cumplimiento de la justicia.

Partiendo de lo anterior, se puede entonces dividir la muerte real, desde la perspectiva médico legal de dos formas: Estas son: a) La muerte no violenta. b) La muerte violenta.

¹⁰ Vargas Solano, **Ob. Cit**; pág. 17

CAPÍTULO II

2. El delito

El Diccionario de la Lengua Española Esencial define al delito como: «Crimen, quebrantamiento de la ley, y acción o hecho deplorable, delictivo, delinquir».

Las leyes modernas están encaminadas a la represión y prevención de la criminalidad, por lo que están ampliamente orientadas hacia la individualización tanto en el campo legislativo como en el judicial, de las personas involucradas en la comisión de actos delictivos y tal virtud resulta importante analizar lo relativo al delito, sus acepciones, su naturaleza y los distintos criterios que lo definen.

2.1 Acepciones del delito

“El delito como la razón de ser del Derecho Penal, y como razón de la existencia de toda actividad punitiva del Estado, al igual que el mismo Derecho Penal, ha recibido diversas denominaciones a través de la evolución histórica de las ideas penales, atendiendo a que siempre ha sido una valoración jurídica, sujeta a las mutaciones que necesariamente conlleva la evolución de la sociedad; se sabe que en el derecho más lejano, en el antiguo Oriente: Persia, Israel, Grecia y la Roma primitiva, se consideró primeramente la valoración objetiva del delito, castigándolo con relación al daño causado, es decir, tomando en cuenta el resultado dañoso producido, juzgando ingenuamente hasta las cosas inanimadas como las piedras. En la Edad Media todavía se juzgaba a los animales, y cuenta el profesor español Luis Jiménez de Asúa, que hasta hubo un abogado que se especializó en la defensa de las bestias. Fue en la culta Roma donde aparece por primera vez la valoración subjetiva del delito, es decir, juzgando la conducta antijurídica atendiendo a la intención (dolosa o culposa) del agente, como se regula actualmente en las legislaciones modernas.

Hasta la Edad Media aparecen los términos *Crimen* y *Delictum*. El crimen expresamente para identificar a las infracciones o delitos revestidos de mayor gravedad y castigados con mayor pena. El *delictum* para señalar una infracción leve, con menos penalidad. Actualmente el Derecho Penal Moderno y especialmente en el medio de cultura jurídica se habla de: delito, crimen, infracción penal, hecho o acto punible, conducta delictiva, hecho o acto antijurídico, hecho o acto delictuoso, ilícito penal, hecho penal, hecho criminal, contravenciones o faltas. El término delito se utiliza en las legislaciones latinas e hispanoamericanas, y como crimen en las legislaciones europeas, principalmente germanas e italianas.”¹¹

2.2 Naturaleza del delito

Debido a que ha existido mucha polémica al respecto y no se puede hablar de uniformidad, ya que la sociedad es cambiante y que el delito tiene sus raíces hundidas en las realidades sociales humanas que transforman a los pueblos; para encontrar la naturaleza del mismo, se debe necesariamente referir a las escuelas más grandes que han existido en el Derecho Penal, las cuales son:

Escuela Clásica, la que considera que el delito es una idea de relación entre el hecho del hombre y la ley. Definiéndolo así: Es la infracción de la ley del Estado promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultantes de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso.

La Escuela Positiva considera al delito como un fenómeno natural o social. En relación al delincuente, sostenían que el hombre es imputable, no porque sea un ser consciente, inteligente y libre, sino sencillamente por el hecho de vivir en sociedad; en relación a la pena consideraron que era un medio de defensa social y que ésta debía imponerse en atención a la peligrosidad social del delincuente y no en relación al daño causado, proponiendo las famosas medidas de seguridad con el fin de prevenir el delito

¹¹ De León Velasco, Héctor Aníbal y De Mata Vela, José Francisco, **Derecho penal guatemalteco**. pág. 108 y 109

y rehabilitar al delincuente.

2.3 Criterios para definir el delito

A continuación se establecen diferentes criterios para definir la palabra delito.

2.3.1 Criterio Legalista

Según este criterio, “el delito vendría a ser lo que el legislador quiera y por ello puede conducir a absurdas exageraciones, Dorado Montero. La Psicología Criminal en el Derecho Penal Legislado: 228. A finales de esta época, ya aparecen otras definiciones, como la del padre de la Escuela Clásica, Francisco Carrara, que a pesar de tener una inclinación marcadamente legalista, incluye otros elementos, al decir que: Es la infracción a la ley de un Estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso.”¹²

2.3.2 Criterio Filosófico

La falta de trascendencia del legalismo hizo que los estudiosos del crimen de la época se encaminaran por senderos filosóficos, tomándose desde diversos aspectos: primeramente se hace alusión al aspecto moral, por parte de los teólogos que identificaban el delito con el pecado, así se dice que Alfonso de Castro (primer penalista español) no utiliza el término delinquir, sino que habla directamente de pecar, seguidamente Francisco Julián Oudot y Pedro José Proudhon definen el delito como una conducta contraria a la moral y a la justicia.

2.4 Elementos característicos del delito

La Teoría general del delito es una parte del Derecho Penal a través de la cual se estudia una serie de elementos que lógicamente estructurados nos permiten

¹² *Ibid.* pág. 116

determinar si una conducta de los seres humanos constituye o no delito. Dichos elementos son característicos del delito y para su estudio se dividen en elementos positivos y elementos negativos.

2.4.1 Elementos Positivos

Se llaman así porque se deben de llevar a cabo todos y cada uno de ellos para encuadrar la conducta.

2.4.1.1 La acción

La acción desde el punto de vista de la Teoría General del Delito, es la manifestación de la voluntad humana, consciente e inconsciente, que modifica el mundo exterior.

Es todo comportamiento derivado de la voluntad, ésta implica siempre una finalidad. Su fin es siempre algo que se quiere alcanzar; la acción es siempre el ejercicio de una voluntad final. La dirección final de la acción se realiza en dos fases, una interna y otra externa; ambas fases de la acción es lo que se ha conocido como *iter criminis*, es decir el camino del crimen hasta su realización final.

La fase interna. Ésta ocurre siempre en la esfera del pensamiento del autor, en donde se propone la realización de un fin. Quien para llevar a cabo ese fin selecciona los medios necesarios; la selección sólo ocurre a partir de la finalidad. Cuando el autor está seguro de lo que quiere, decide resolver el problema de cómo lo quiere. En esta fase toma en cuenta también los efectos contaminantes que van unidos a los medios para la realización del fin; y una vez los admite como de segura o posible producción, los realiza, tales efectos pertenecen a la acción.

En la fase externa. Después de la realización interna

el autor realiza la actividad en el mundo externo; es ahí donde pone en marcha conforme a su fin sus actividades, su proceso de ejecución del acto.

2.4.1.2 Tipicidad

“Es un elemento positivo del delito que consiste, en que la acción realizada por el ser humano se encuadre en la descripción que hace la ley penal de las conductas que están penalmente prohibidas.

Los tipos penales tienen prevista la forma general en que un comportamiento puede estar sujeto a una sanción penal. La tipicidad es la adecuación de un hecho cometido, a la descripción que ese hecho se hace en la ley penal. La tipicidad es una manifestación del principio constitucional de legalidad, pues sólo los hechos descritos en la ley como delitos, pueden considerarse como tales. El tipo es un concepto; describe una conducta prohibida que lleva a la imposición de una pena. Tipicidad es cualidad; es atribuir a un comportamiento de determinado tipo; subsumirlo en el supuesto de la norma penal.”¹³

2.4.1.3 Antijuridicidad

Es un elemento positivo del delito que tiene lugar cuando la acción típica resulta contraria al ordenamiento jurídico.

Concepto jurídico que supone la comparación entre el acto realizado y lo establecido por la ley, y que denota la conducta contraria al Derecho. El término antijuridicidad proviene de la traducción del alemán *Rechtswidrigkeit*, que en su sentido literal significa lo que no es Derecho, aunque en realidad la conducta jurídica no está tanto fuera del Derecho, como que éste le asigna una serie de consecuencias jurídicas. La antijuridicidad es uno de los elementos esenciales del delito, de tal forma que para que una conducta se considere delito debe ser antijurídica y estar tipificada como tal en la ley penal.

¹³ *Ibid.* pág. 152.

Por tradición se ha venido distinguiendo entre la antijuridicidad formal, que es aquella que viola lo señalado por la ley, y la material, cuando se trata de una conducta antisocial. En realidad una antijuridicidad material sin antijuridicidad formal no tiene ninguna relevancia para el Derecho. Por otro lado, la antijuridicidad material sirve de fundamento para la formal, de tal modo que aquella conducta prohibida por la ley penal debe serlo porque protege un bien jurídico (antijuridicidad material). Así, aunque no toda conducta que lesione o ponga en peligro un bien jurídico es antijurídica desde una perspectiva formal, en toda conducta antijurídica, en el plano concreto, debe existir esa lesión o puesta en peligro.

2.4.1.4 Culpabilidad

Es un elemento positivo del delito que consiste en un juicio de reproche que se le hace a una persona que comete una acción típica y antijurídica pudiendo haberse comportado de otra manera.

Delito, acción u omisión penada por la ley. El concepto está sometido por completo al principio de legalidad, de tal forma que el principio acuñado por los juristas romanos *nullum crimen sine lege*, es su regla básica. Por esto resulta irrelevante el intento de averiguar una noción sustancial de delito, como pueda ser en otras épocas el delito natural, pues delito es sólo aquello castigado por la ley. Por otro lado, también resulta evidente que la ley penal no puede ser arbitraria y castigar respondiendo al criterio exclusivo de poner a prueba a los ciudadanos, sino que pretende la defensa de bienes jurídicos concretos.

Los delitos se clasifican en delitos graves y menos graves, en atención a la pena que se impone, utilizándose por tanto un principio más cuantitativo (gravedad de la pena que señala cada Código), que cualitativo. Desde una perspectiva más técnica se define el delito como acción u omisión típica, antijurídica, culpable y penada por la ley. La conducta debe ser contraria a lo que el Derecho demanda y

encontrarse recogida por la ley. La tipicidad es una consecuencia del principio de legalidad imperante en el Código Penal. El legislador se debe valer de la abstracción y del lenguaje para definir el tipo, por lo que siempre se distingue la tensión entre el casuismo exagerado y la vaguedad que no permite definir los límites de cada supuesto. De entre los elementos del tipo se pueden distinguir: los descriptivos, integrados por los de carácter objetivo (procedentes de la realidad perceptible, como por ejemplo matar) y los subjetivos (integrantes del mundo psíquico, como tener la finalidad de algo o actuar contra la voluntad de alguien); los elementos normativos que exigen valoraciones, como los calificativos: ajeno, inmoral, peligroso; y los elementos negativos del tipo que lo excluyen por implicar la ausencia de los fundamentos de la antijuridicidad.

Las causas de exclusión de la antijuridicidad son la legítima defensa, el estado de necesidad justificante, el cumplimiento de un deber (de tal forma que tanto el deber deriva del ordenamiento jurídico, como su cumplimiento se ajusta al mismo) o el ejercicio legítimo de un derecho, el oficio (la profesión médica por ejemplo) o el cargo, y la obediencia debida.

La culpabilidad es otro elemento del delito, de tal forma que se puede afirmar que no hay pena sin culpa (*nullum crimen sine culpa*). Con carácter general, hay culpabilidad cuando existe la opción de haber actuado de forma diferente a como se hizo, lo cual supone situar en el fundamento de la misma a la libertad y exige la imputabilidad, definida en concreto como la capacidad de actuar de forma culpable. Así, una persona es imputable cuando por sus caracteres biopsíquicos y de acuerdo con la legislación vigente es capaz de ser responsable de sus actos.

Las formas, que se excluyen así mismas, son el dolo y la culpa. El dolo caracteriza a quien actúa, sabiendo lo que hace y con intención, mientras que la culpa se produce cuando quien actúa omite la diligencia debida.

2.4.1.5 Punibilidad

Es un elemento positivo del delito que consiste en la acción típica, antijurídica y culpable, además que se encuentre sancionada por la ley penal.

El autor. En el campo del derecho penal, se entiende por autor a quien realiza el tipo penal de delito, con independencia de que hayan intervenido en el mismo y sean así mismo castigadas personas distintas, cuya responsabilidad es accesoria de la de aquél.

Los grados de autoría pueden ser tres: inmediata, mediata y coautoría. Autoría inmediata, unipersonal, individual o directa, se da cuando el sujeto realiza la acción típica de modo completo, por sí solo y sin servirse de persona alguna a tal efecto, sin resultar relevante que actúen junto a él otras personas como partícipes o también como autores inmediatos. Autoría mediata, en cambio, es la que tiene lugar cuando el hecho punible no se realiza por el agente de modo personal y directo, sino acudiendo a otras personas de las que se sirve y a las que instrumentaliza para su perpetración, lo cual no es posible cuando se está en presencia de un delito de los llamados de propia mano, que, por su misma naturaleza, impiden la autoría mediata. La coautoría supone la realización compartida y la colaboración necesaria entre varios para llevar a efecto la acción delictiva.

2.4.2 Elementos negativos

Son aquellos elementos cuya existencia de uno sólo de ellos, permite determinar que la conducta realizada por un ser humano no constituye delito.

Los elementos negativos del delito tienden a destruir la configuración técnica jurídica del mismo, y como consecuencia tienden a eliminar la responsabilidad penal del sujeto activo; tal y como enumeraremos en este capítulo (elementos característicos del delito), la doctrina del derecho penal hace un listado de los mismos, sin embargo, se deben limitar a examinar los que específicamente regula el Código Penal guatemalteco, en su Título III del Libro Primero, que se refiere a las causas que eximen de responsabilidad penal, en el mismo orden como las presenta la ley.

2.4.2.1 Falta de Acción

Se da cuando la conducta humana se realiza en virtud de una de las tres circunstancias siguientes:

- 1) Movimiento reflejo. Cuando la conducta se realiza en virtud de un movimiento reflejo. (Este no se encuentra regulado en nuestro Código Penal). Son movimientos que la persona realiza involuntariamente, producto de reacciones de su cuerpo a estímulos externos o internos, por ejemplo: cosquillas, susto (no confundir con un movimiento en corto circuito: Movimiento voluntario pero espontáneo, karatecas, militares).
- 2) Fuerza física irresistible. Cuando la conducta se realiza por medio de una fuerza física (exterior, material) irresistible. La conducta se debe a una fuerza externa que lo impulsa y lo hace involuntariamente (corriente de agua, viento que lo empuja y cae sobre una persona, empujón de otra sobre una vitrina. En nuestro Código Penal no se encuentra regulado correctamente, ya que se encuentra como falta de culpabilidad o causa de inculpabilidad y debería estar dentro de la falta de acción. Existen dos clases de fuerza: física o material (vis absoluta); psicológica o moral (vis compulsiva). Se analiza en la culpabilidad como miedo invencible.
- 3) Estado de inconsciencia no buscado de propósito. Cuando la conducta se realiza en un estado de inconsciencia no buscado deliberadamente, por ejemplo una enfermedad, hipnosis, sonambulismo, administración de una droga sin que la persona lo sepa o esté consciente de ello, licor en exceso.

2.4.2.2 Atipicidad

Cuando la conducta no se encuadra objetivamente en el tipo.

La conducta no se encuadra subjetivamente (es decir que en la conducta realizada no exista dolo o culpa) en el tipo, caso fortuito.

2.4.2.3 Causas de justificación

El Artículo 24 del Código Penal, establece que son causas de justificación:

Legítima defensa: 1º. Quien obra en defensa de su persona, bienes o derechos, o en defensa de la persona, bienes de derechos de otra, siempre que concurren las circunstancias siguientes: a) agresión ilegítima, b) necesidad racional para impedir la o repelerla, c) falta de provocación suficiente por parte del defensor. Se entenderá que concurren éstas tres circunstancias respecto de aquel que rechaza al que pretenda entrar o haya entrado en morada ajena o en sus dependencias, si su actitud denota la inminencia de un peligro para la vida, bienes o derechos de los moradores. El requisito previsto en la literal «c» no es necesario cuando se trata de la defensa de sus parientes dentro de los grados de ley, de su cónyuge o concubinario, de sus padres o hijos adoptivos, siempre que el defensor no haya tomado parte en la provocación.

Estado de necesidad: 2º. Quien haya cometido un hecho obligado por la necesidad de salvarse o de salvar a otros de un peligro no causado por él voluntariamente, ni evitable de otra manera, siempre que el hecho sea en proporción al peligro. Esta exención se extiende al que causare daño en el patrimonio ajeno, si concurren las condiciones siguientes: a) realidad del mal que se trate de evitar; b) que el mal sea mayor que el que se cause para evitarlo; c) que no haya otro medio practicable y menos perjudicial para impedirlo. No puede alegar estado de necesidad, quien tenía el deber legal de afrontar el peligro o sacrificarse.

Legítimo ejercicio de un derecho: 3º. Quien ejecuta un acto, ordenado o permitido por

la ley, en ejercicio legítimo del cargo público que desempeña, de la profesión a la que se dedica, de la autoridad que ejerce, o de la ayuda que preste a la justicia.

2.4.2.4 Causas de inculpabilidad

Las causas de inculpabilidad son eximentes de la responsabilidad penal del sujeto activo, y en este caso, porque el elemento subjetivo del delito, que es la voluntad del agente, no existe, está justificada; en este sentido las causas de inculpabilidad son el negativo de la culpabilidad como elemento positivo del delito y surgen precisamente cuando en la comisión de un acto delictivo, no existe dolo, culpa o preterintencionalidad

Conforme el Artículo 25 del Código Penal son causas de inculpabilidad:

Miedo invencible: 1º. Ejecutar el hecho impulsado por miedo invencible de un daño igual o mayor, cierto o inminente, según las circunstancias.

Fuerza exterior: 2º. Ejecutar el hecho violentado por fuerza material exterior irresistible, directamente empleada sobre él.

Error: 3º. Ejecutar el hecho en la creencia racional de que existe una agresión ilegítima contra su persona, siempre que la reacción sea en proporción al riesgo supuesto.

Obediencia debida: 4º. Ejecutar el hecho en virtud de obediencia debida, sin perjuicio de la responsabilidad correspondiente a quien lo haya ordenado. La obediencia se considera debida, cuando reúna las siguientes condiciones:

a) Que haya subordinación jerárquica entre quien ordena y quien ejecuta el acto;

b) Que la orden se dicte dentro del ámbito de las atribuciones de quien la emite y esté revestida de las formalidades legales;

c) Que ilegalidad del mandato no sea manifiesta.

Omisión justificada: 5º. Quien incurre en alguna omisión hallándose impedido de actuar, por causa legítima e insuperable.

2.4.2.5 Causas de inimputabilidad

Conforme el Artículo 23 del Código Penal, no es imputable:

1º. El menor de edad.

2º. Quien en el momento de la acción u omisión, no posea, a causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado de trastorno mental transitorio, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, salvo cuando el trastorno mental transitorio haya sido buscado de propósito por el agente.

Ha quedado definido desde hace mucho tiempo que el menor infractor de normas penales es sujeto de una disciplina jurídica diversa del Derecho Penal, que ha alcanzado en nuestra época, autonomía científica, didáctica y legal, llegándose a estudiar como una rama más del Derecho, conocida como El Derecho de Menores o Derecho Tutelar.

Hay unidad de criterio, pues entre los tratadistas, en cuanto a que los menores de edad están fuera del Derecho Penal, y así lo han considerado penalistas guatemaltecos como Benjamín Lemus Morán, Rafael Cuevas Del Cid, Gonzalo Menéndez de la Riva, Hernán Hurtado Aguilar, Tomás Baudilio Navarro Batres y Jorge Alfonso Palacios Motta.

En la actualidad la inimputabilidad de los menores de edad, también tiene rango constitucional, toda vez que la Constitución Política de la República en su Artículo 20 establece: «Menores de edad. Los menores de edad que transgredan la ley son inimputables. Su tratamiento debe estar orientado hacia una educación integral propia de la niñez y la juventud. Los menores, cuya conducta viole la ley penal, serán atendidos por instituciones y personal especializado. Por ningún motivo pueden ser reclusos en centros penales o de detención destinados para adultos. Una ley específica regulará ésta materia».

CAPÍTULO III

3. El suicidio desde el punto de vista médico

Desde el punto de vista médico, la causa del suicidio en general es la depresión, enfermedad padecida por muchas personas, que se caracteriza por una tristeza profunda e inmotivada y por la inhibición de todas las funciones psíquicas, por lo que muchas de las personas que la padecen, toman la decisión de privarse de la vida, por creer que no tienen otra solución.

Socialmente, el suicidio sólo es aceptable como un acto de locura, sin embargo, es más que eso, es un desenlace en el que intervienen una serie de factores como el momento psico-evolutivo del sujeto, sus conflictos actuales, su grupo familiar, su grupo social de pertenencia, así como el momento vital por el que atraviesa la persona que comete un acto suicida; por lo que es necesario establecer las causas y factores que incitan a los menores de edad a tomar la decisión de suicidarse.

En resumen, podemos decir que el entorno social y la depresión que padecen muchas personas, están relacionadas, lo que equivale a decir que la depresión tiene varios orígenes, los que se pretenden establecer con el presente trabajo.

3.1 Definición de suicidio

El suicidio se define como: “La acción de quitarse voluntariamente la vida. También se puede definir como: El homicidio de uno mismo, la acción de quitarse la vida por un acto voluntario y violento.”¹⁴

¹⁴ Cabanellas de Torres, Guillermo, **Diccionario elemental**.

El hombre ha intentado por muchos años dar una explicación racional ante los actos suicidas y se ha debatido mucho acerca de si las personas tienen o no derecho de quitarse la vida.

3.2 Generalidades del suicidio

“El adolescente y el adulto joven y actos suicidas en el que indican que desde la década de 1960, la mortalidad por suicidio en los jóvenes de 15 a 24 años está aumentando, sobre todo en los varones. También, en el mismo período, la tentativa de suicidio es un acto más frecuente entre los adolescentes y jóvenes adultos, siendo la incidencia más alta en las mujeres. Refieren que en la década de 1980 ha habido un incremento de estudios e investigaciones sobre este tema y se ha buscado como factor de riesgo las actitudes de la juventud frente al suicidio, pero es difícil determinar la relación específica entre sus actitudes y los actos suicidas.

Los métodos para suicidarse son similares a los utilizados por el adulto y dependen en gran parte de la disponibilidad y costumbres socioculturales. Para el suicidio consumado se utilizan con mayor frecuencia métodos tradicionalmente violentos, de mayor letalidad, y la intoxicación medicamentosa con uno o más fármacos, a veces asociados al alcohol. Referente a la edad y al sexo, los métodos más utilizados por los hombres son de tipo activo, violento y más infalibles, y los más pasivos son los usados preferentemente por las mujeres.”¹⁵

3.3 Consecuencias jurídicas

Descripción de las consecuencias jurídicas que conlleva la muerte.

3.3.1 Investigación post-mortem

¹⁵ Sarró Blanca, De la Cruz, Cristina. **Los suicidios**. pág. 64

“El estudio de la muerte como fenómeno biológico tiene mucho interés médico y legal. Así como el nacimiento señala el comienzo de la vida con derechos y obligaciones, la muerte es la cesación de la existencia de la persona natural. Con relación a ella se producen cambios de diferente orden. Así por ejemplo: en el campo civil, diversas relaciones jurídicas inherentes a cosas y personas, como la extinción de obligaciones, el traspaso de la propiedad, el cambio del estado civil, la generación, etcétera. En caso y circunstancias especiales pueden dar lugar a responsabilidades tanto penales como civiles. Así por ejemplo: con la muerte del reo antes de la condena, se extingue la acción penal (sobreseimiento), con la muerte del condenado se extingue la pena, con el fallecimiento de uno de los cónyuges queda disuelto el matrimonio. Con la muerte se abren las sucesiones hereditarias y se transmiten los correspondientes derechos a los herederos, se hacen efectivas ciertas cláusulas asegurativas (seguros de vida), pierden vigor algunos contratos, etcétera.

Por las razones apuntadas, el estudio post-mortem es de mucho valor y de habilidad, conocimientos, acuciosidad, responsabilidad para investigar del médico forense; del juez y demás auxiliares de quienes dependen las conclusiones finales. Cuando el juez se encuentra frente a un cadáver, con implicaciones legales, debe adoptar una actitud científica, es decir, una predisposición a ordenar la investigación de cada uno de los aspectos y cosas que rodean la muerte de un sujeto, para tratar de desentrañarlas. Este primer paso es importante, toda vez que la labor del médico forense es reconstruir un hecho que pertenece al pasado y donde el cadáver es el elemento objetivo o la prueba de convicción.

En la práctica diaria intervienen en la investigación de una muerte violenta o sospechosa de criminalidad, el juez, el Ministerio Público, el médico forense y la Policía Nacional (actualmente Policía Nacional Civil).

Las operaciones tanatológicas que en nuestro medio se efectúan de la siguiente forma:

- a) Levantamiento del cadáver,
- b) La identificación, y
- c) La necropsia médico legal”.¹⁶

3.3.2 El levantamiento del cadáver

“Es un proceso que consiste en la búsqueda cuidadosa y ordenada de todas las pruebas de orden médico legal con relación al cadáver y todas las circunstancias que rodean la muerte. El hecho de que el médico forense debe percatarse de todas las circunstancias que rodearon la muerte, datos que le servirán de ayuda sustancial en el esclarecimiento del caso, pero también, para asesorar al juez en todos aquellos asuntos que tengan atinencia con la medicina. El Artículo 195 del Código Procesal Penal, establece: Levantamiento de cadáveres. En caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, el Ministerio Público acudirá al lugar de aparición del cadáver con el objeto de realizar las diligencias de investigación correspondiente. Una vez finalizadas, ordenará el levantamiento, documentando la diligencia en acta en la cual se consignarán las circunstancias en las que apareció, así como todos los datos que sirvan para su identificación. En aquellos municipios en los que no hubiera Ministerio Público, el levantamiento será autorizado por el juez de paz. En el Artículo 197 del mismo cuerpo legal, establece: Operaciones técnicas. Para mayor eficacia de los registros, exámenes e inspecciones, se podrán ordenar las operaciones técnicas o científicas pertinentes y los reconocimientos y reconstrucciones que correspondan. Si el imputado participa en una reconstrucción, podrá estar asistido por su defensor. Este último Artículo se refiere a la reconstrucción de hechos:

El médico forense debe asistir a la escena de la muerte fundamentalmente para:

¹⁶ Ponciano Gómez, Isaías. **Tanatología forense**. pág. 1

- Confirmar la muerte;
- Establecer la hora aproximada de la muerte;
- Ayudar a establecer la manera de muerte (suicidio, homicidio, accidente, natural);
- Circunstancias y tipo de la muerte (agente causal, tales como venenos, arma cortante, punzo-cortante, armas de fuego, etcétera);
- Establecer la identidad del cadáver en caso de no ser reconocida.

La fase del levantamiento del cadáver comprende:

- El examen externo del cadáver y
- El examen de las ropas.

3.3.3 El examen externo del cadáver

Efectuado en el lugar del hecho permitirá observar:

- La posición y actitud del cadáver (en un terreno baldío, acostado boca abajo, atado de pies y manos, con una cuerda que le rodea el cuello, etcétera) estos datos serán de utilidad para el diagnóstico ulterior de suicidio, homicidio, accidente, etcétera, que el juez calificará con la información proporcionada o recabada por el Ministerio Público o en su defecto por el juez de paz.
- La ubicación del cadáver y su relación con paredes, muebles, objetos, vehículos, armas, etcétera, la distancia del arma empleada con relación al cadáver por ejemplo, podría ser de utilidad para descartar un suicidio; si recordamos que la

presencia del arma en el lugar del hecho es sugestiva, pero su ausencia es concluyente.

- El aspecto del rostro, que nos da información sobre los últimos gestos y movimientos. Existen fascies de angustia, de miedo, de terror, de indiferencia, de tranquilidad (esta última es la encontrada en los casos de personas suicidas).
- Investigar los signos de muerte, en la escena de la muerte es una de las primeras funciones del investigador, médico o del juez, es estar seguro de que el sujeto está muerto. En la mayoría de los casos es tan obvio que no ofrece problemas, incluso el cadáver ha entrado en el proceso de descomposición.
- Pero en caso de muerte, a través de: ausencia de latidos cardíacos, sin respiración, no existen reflejos tendinosos y oculares, dilatación de las pupilas (midriasis), flacidez de los miembros, palidez, fascies hipocrática, maxilar caído.
- Signos de violencia:

Para anotar los signos de violencia se deberá seguir un orden, empezando con la cabeza hasta los pies, en una completa descripción de las lesiones, es indispensable indicar el tipo de herida, situación, dirección, forma, dimensiones y número, si se trata de una contusión, quemadura, excoriaciones secundarias o uñazos, herida contusa, herida por proyectil de arma de fuego; si se trata de una herida postmortem o antemortem, lesiones de defensa, etcétera.

- Identificación del muerto:

En la mayoría de los casos la identificación del fallecido no es problema, sin embargo, algunas personas fallecen sin tener identificación, es por ello que un cuidadoso examen de la escena puede ser de mucha ayuda; en el caso de los sujetos en estado de descomposición o en el de osamentas, es necesario examinar

los efectos personales. Se deberán buscar caracteres de identidad, tales como: edad, talla, corpulencia, sexo, estado de identificación, cicatrices, tatuajes, estigmas profesionales, el cabello, color, tipo, distribución, etcétera, todo ello se lleva a cabo en el momento en que se efectúa la necropsia de ley.

3.3.4 Examen de las ropas

Lo que se persigue con este examen es:

- ❖ Buscar elementos de orden judicial tales como: manchas de sangre, semen, loquios, vómitos, ahumamiento, quemaduras, tatuajes en casos de heridas por arma de fuego; el desorden de las ropas, si están rasgadas en casos de violación, etcétera.
- ❖ Buscar elementos de identidad como marcas de fábricas, de lavandería, tipo de tela, cuero, color de la ropa, estilo, número de talla, así como documentos tales como licencia de conducir, cédula, tarjetas de crédito, etcétera. Todos los efectos personales deben ser conservados para ser mostrados a los familiares para la identificación respectiva.

3.3.5 Examen del lugar y los alrededores

En ésta fase se hace necesario tomar nota de todos los objetos, su situación y estado con relación al cadáver. En caso de que la muerte haya ocurrido dentro de una casa, investigar si hay desorden de muebles y objetos ya que esto sugiere lucha; estado de objetos (vidrios, espejos, sillas rotas, etcétera); después de las medidas generales y de que las fotografías y huellas han sido tomadas se procede a investigar las evidencias o piezas de convicción como las armas encontradas en la escena (revólveres, cuchillos, navajas, etcétera) instrumentos (machetes, martillos, piochas, etcétera) cuerdas, aparatos de alumbrado y toda sustancia sospechosa. Otro material de valor son los restos de fibras de cabello, pedazos de objetos o ropas. Debe buscarse huellas digitales, de pasos, marcas de dientes, de vehículos, así como

manchas de sangre, esperma, orina, vómitos, heces, loquios, en el suelo, en paredes, en prendas de vestir, en la ropa de cama, en objetos y muebles.

Para poder realizar adecuadamente el levantamiento del cadáver, es preciso que se ordene, que se tomen algunas precauciones que permitirán la conservación y protección de las evidencias e indicios reveladores.

1. Alejar a toda persona extraña a la justicia, de esta manera podrá realizar toda operación sin interferencias de ninguna clase; algunas autoridades para evitarse los problemas de las aglomeraciones y problemas de interferencia optan por trasladar el cadáver a la morgue y allí practicar las primeras diligencias; actitud a todas luces errónea, porque no sólo pierde la relación del cadáver con objetos, cosas y demás circunstancias, sino que al dejarse de investigar la escena del crimen, muchas evidencias y piezas de convicción, así como otros aspectos no serán evaluados y cuando se trate de reconstruir el hecho, no podrá hacerse.
2. Evitar que toquen el cadáver con evidencias, indicios y objetos.
3. Fotografiar el lugar para la identificación y reconstrucción ulterior.
4. Manipular delicadamente por las aristas y ángulos, los objetos de superficie pulida (botellas, vidrios, fragmentos de vidrios, objetos lacados o barnizados), sobre los que puedan haber huellas digitales.
5. Proteger todos los trazos con hojas sostenidas con cinta engomada, recubrir las huellas de pasos con cajas, envolver separadamente las piezas de evidencia en bolsas apropiadas si es posible, colocar sellos judiciales cerrando dichas bolsas¹⁷.

3.3.6 Necropsia médico legal

¹⁷ Ibid. pág.3 a 6

“Es una operación compleja que debe permitir ante todo, haciendo hablar al cadáver, la reconstrucción de los hechos y de las circunstancias que han ocasionado el fallecimiento. La necropsia en sí es el estudio e investigación del cadáver a través del examen interno y externo del mismo y de los procedimientos concomitantes de laboratorio, que sean necesarios para determinar la causa y la manera de la muerte de un sujeto. En la práctica, hay varios tipos de muerte que generalmente requieren investigación médico legal, entre ellos la muerte sospechosa por intoxicaciones, envenenamientos, asfixia por sumersión, asfixia por suspensión, etcétera.”¹⁸

3.3.7 Principales objetivos de la necropsia médico legal

Determinar la causa de la muerte, determinar la manera de la muerte, ayudar a recabar evidencias, indicios reveladores, identificar el objeto o arma causante de la muerte, para identificar tanto al muerto como al criminal, establecer la fecha y hora aproximada de la muerte.

3.3.8 Quiénes pueden efectuar una necropsia

El Artículo 238 del Código Procesal Penal, establece: «Autopsia. En caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, el Ministerio Público o el juez ordenarán la práctica de la autopsia aunque por simple inspección exterior del cadáver la causa aparezca evidente. No obstante, el juez bajo su responsabilidad podrá ordenar la inhumación sin autopsia, en casos extraordinarios, cuando aparezca de una manera manifiesta e inequívoca la causa de la muerte». El Artículo 239 del mismo cuerpo legal, establece: «Lugares de autopsia. Las autopsias se practicarán en los locales que, para el efecto, se habilitaren en los hospitales y centros de salud del Estado y en los cementerios públicos y privados. Sin embargo en casos especiales y urgentes, el juez podrá ordenar que se practiquen en otro lugar adecuado». El Artículo 240 del mismo código, también establece: «Envenenamiento. Cuando en el hecho

¹⁸ Ibid, pág. 6

aparecieren señales de envenenamiento, se recogerán inmediatamente los objetos o sustancias que se presumieren nocivas y se enviarán, sin demora, a los laboratorios oficiales y, en su defecto, a laboratorios particulares. En éste último caso es obligatorio el cumplimiento de la orden judicial y quien practique el examen presentará factura de sus honorarios, que se cubrirán conforme lo acordado por la Corte Suprema de Justicia. Durante la autopsia serán separadas las vísceras y los órganos correspondientes, los cuales, con las sustancias presumiblemente tóxicas o venenosas, se enviarán a donde corresponda en envases debidamente cerrados y sellados, lo cual verificará el perito». El médico que practique la necropsia, antes de iniciar el procedimiento, debe informarse a cerca de las circunstancias que rodearon la muerte; es decir, conocer los antecedentes, la historia de la muerte; creemos que es necesario conocer lo que buscamos para poder interpretar lo que buscamos. Una adecuada información servirá para efectuar tal o cual procedimiento quirúrgico variante de necropsia, así como nos servirá para saber qué tipo de espécimen o muestra tomar para su estudio microscópico o de laboratorio. La ausencia de información puede determinar una pérdida vital de evidencias. En el entendido de que el médico forense es un auxiliar del juez, que en todo momento le ayudará a esclarecer problemas judiciales que tengan atinencia con la medicina.

3.3.9 Procedimiento quirúrgico

La necropsia es un procedimiento quirúrgico que se realiza siguiendo un orden determinado de acuerdo con el caso de que se trate, en general se siguen los siguientes pasos iniciales: a) examen de las ropas; b) recoger cualquier tipo de trazas o evidencias; c) tomar fotografías de la cara en diferentes posiciones (Gabinete Criminalístico de la Policía Nacional Civil o Ministerio Público); d) toma de huellas dactilares (Gabinete Criminalístico de la Policía Nacional Civil o Ministerio Público); e) toma de temperatura rectal. Luego se procede al examen físico externo; es importante aquí hacer el estudio de los criterios de muerte.

Existen varios tipos de signos abióticos o de muerte, siendo los siguientes: a) signos inmediatos o accesorios: Cese de la respiración, ausencia de latidos del corazón, falta de pulso, palidez, relajación muscular, fascies hipocrática, maxilar caído, dilatación de la pupila, abolición de reflejos, falta de circulación en la arteria central de la retina, disminución de la tensión intraocular, mancha turbia de la córnea; b) signos de servidumbre o certeza: Enfriamiento - frigor mortis, deshidratación, lividez cadavérica (livor mortis), rigidez cadavérica (rigor mortis).

3.4 Tanatología forense

“El estudio del fenómeno de la muerte, sus condicionantes y del cadáver, se llama en medicina forense Tanatología (Tanatos que significa muerte y logos igual tratado, estudio) y Forense (relativo al derecho). La era de los transplantes y estudios recientes tanto bioquímicos, fisiológicos, así como patológicos, han venido a sustituir los conceptos antiguos de la muerte y la creencia de que el paso de la vida a la muerte era abrupto (escarpado, accidentado, áspero, rudo), instantáneo y que todos los órganos presentaban muerte celular de inmediato. Sabemos ahora que la muerte entendida como la cesación de la vida, es un proceso que se va dando de manera progresiva en la medida que van transcurriendo los minutos, las horas y los días. Después de la declaratoria de la muerte clínica; se inicia entonces la muerte, con la detención de la función de los centros vitales cerebrales y cardiacos, para luego propagarse al resto de sistemas y órganos, hasta llegar a la muerte tisular y celular.

Sabido es que los procesos vitales se alimentan y desarrollan por el funcionamiento del ciclo del oxígeno, al fallecer el sujeto, la falta de oxígeno afecta directamente la respiración aerobia y la fosforilación oxidativa, con la consiguiente disminución o paro total de la producción de adenosin trifosfato (ATP). Posteriormente se ha observado la movilización de iones tales, como: sodio, calcio y potasio, del espacio extracelular al intracelular y viceversa, que a la postre causan agotamiento de los recursos energéticos y tumefacción (edema) celular; a eso hay que agregar la

disminución del Ph que junto con la movilización iónica causan daño a la membrana celular.

Todo este mecanismo se va desarrollando lenta y progresivamente, de suerte que ello ha permitido realizar transplantes de órganos, de córneas de cadáveres a sujetos vivos, así como transfusiones de sangre de cadáveres a vivos durante las primeras seis horas de muerto el sujeto. Es por ello que es importante que el forense indique cuanto tiempo de muerto tiene una persona, este procedimiento es lo que en medicina forense se conoce con el nombre de Tanatocronodiagnóstico o Cronotanodiagnóstico y que se realiza tomando en consideración todos los criterios de muerte.”¹⁹

3.5 La Psiquiatría forense

“La psiquiatría forense se define como aquella rama de la psiquiatría que se ocupa de la relación entre la psiquiatría y la Ley. La definición, como es obvio, tiene tres elementos: dos polos, la psiquiatría a un lado y la Ley al otro y el eslabón que los enlaza. Un psiquiatra forense puede dedicar sus actividades profesionales a cualquiera de los tres elementos:

1. El psiquiatra se dedica a profundizar el conocimiento científico de las aberraciones mentales que conllevan una conducta antisocial definitiva de la aberración (como las desviaciones sexuales o el incendiarismo) o aquellos aspectos de las enfermedades mentales que exponen al paciente a un enfrentamiento con las normas sociales o los dictados legales de su grupo social (violencia debida a los delirios como en casos crónicos paranoides o a las alucinaciones como en casos psicóticos agudos). Desde este punto de vista el psiquiatra forense es un científico dedicado a la búsqueda de una respuesta a los grandes interrogantes clínicos de los problemas mentales y específicamente aquellos interrogantes que acarrearán una oposición paciente-sociedad.

¹⁹ Ibid, pág. 1

2. El psiquiatra se dedica a estudiar los aspectos legales, es decir las normas estipuladas en la Ley acerca de cómo manejar a los pacientes mentales cuya enfermedad, o algunos aspectos de la misma, los trae en contacto con las autoridades. Desde este punto de vista el psiquiatra estudia los estatutos que se aplican a los pacientes mentales. Estos estatutos son específicos a una jurisdicción ya sea local o nacional pero generalmente detallan la legislación acerca de la inimputabilidad o del internamiento.

3. Finalmente, el psiquiatra se puede dedicar al estudio netamente académico del eslabón entre los dos campos, es decir, cuáles son los basamentos filosóficos que exigen que exista una relación entre la psiquiatría y la Ley y si es verdad que una relación debe de existir, cuáles son los parámetros que la deben definir.”²⁰

“El suicidio, como un problema en el que refieren que la culpabilización del suicidio (conducta aberrante) tiene una innegable función disuasoria: evitar el desencadenamiento de los de otro modo probables efectos de mimetismo, es decir, el hecho de que el suicidio de un individuo pueda inducir a otros a reproducir su gesto. No estará de más recordar aquí, aquel antiguo postulado elemental de la Sociología, según el cual, cuando una situación es definida como real, es real en sus consecuencias. Ello significa que si el suicidio se plantea en términos de problema social, no podremos prescindir alegremente de ello, por cuanto se convertirá en efecto en un problema social. Y si el suicidio es condenado y aquel que lo comete es culpabilizado como autor de un comportamiento aberrante y reprobable, tal culpabilización será un hecho, frente al cual sólo se buscarán posibles atenuantes”.²¹

“La conducta suicida se halla relacionada con varias enfermedades psiquiátricas, aunque quizá la depresión sea la más común de ellas. Los sentimientos de angustia extrema y el experimentar lo que parecen ser estados de ánimo insoportables, y que constituyen fuente de continúa pena, empujan a una persona a

²⁰ Publicación oficial de la Asociación Costarricense de Medicina Forense, Volumen 8. **Medicina legal de costa rica**. pág. 3 y 4

²¹ Estruch, Joan y Carduz, Salvador, **Los Suicidios**. pág. 29

intentar suicidarse aunque sea tan sólo como un medio para encontrar la paz. Ideas de completa inutilidad, de desesperación y de total pesimismo son peligrosas, al igual que también lo es el sentirse personalmente responsable, culpable, perverso y merecedor de un castigo.”²²

La asociación del suicidio con la depresión es importante, al igual que con otras afecciones crónicas o más duraderas, como el alcoholismo y los trastornos de la personalidad.

“El desarrollo psicológico normal puede ser frustrado en muy diversas formas, en cualquier punto de su curso y esto puede resultar en diversas formas de enfermedad psiquiátrica. Suicidio e intento de suicidio: En la discusión de diversas enfermedades psiquiátricas, hemos indicado que algunas de ellas implican mayor riesgo de suicidio que otras, pero es de importancia al tratar este tópico, recalcar que tal comportamiento es un complejo fenómeno y no ocurre solo en relación con enfermedades mentales. Creemos que es una entidad separada que a veces ocurre dentro de un trastorno psiquiátrico, pero a fin de comprenderlo perfectamente, hay que tomar en cuenta múltiples factores personales, sociales y demográficos. El suicidio es una de las cuatro categorías legales de forma de muerte (las otras son homicidio, accidente y causas naturales). De acuerdo con esta definición, el suicidio puede ser un acto de omisión, así como de comisión, y el paciente que deja de tomar una droga que puede salvarle la vida (por ejemplo, el diabético que descuida aplicarse sus inyecciones vitales de insulina) puede estar tratando intencionalmente de terminar con su vida, sin embargo, si tuviera éxito en matarse es poco probable que su muerte se incluyera en las estadísticas de suicidio, ya que no entra en la definición tradicional del acto. Muchas veces se presenta otra confusión, cuando una persona toma alguna medida activa de lesionarse y muere como resultado de ella, ya que el médico forense puede decidir que no hubo un verdadero intento de morir y se registra un veredicto como muerte por percance. Es obvio que el comportamiento suicida debe ser motivo de seria preocupación y más cuando nos damos cuenta de que, independientemente de lo

²² Stephen Merson M.D. *Guía práctica para entender y manejar la depresión*. pág. 85

grande que el problema parezca ser en las estadísticas publicadas, los hechos reales probablemente resultarían más drásticos si pudieran calcularse con precisión. La actividad suicida es generalmente impulsiva, transformándose el pensamiento rápidamente en acción, pero el pensamiento necesariamente incluye el elemento de intento. La mayoría de los suicidas no conocen claramente sus propios motivos, juegan con la muerte en tal forma que de manera consciente o inconsciente echan sobre otros la responsabilidad de la decisión sobre si deben vivir o morir. Se sabe que las personas con trastornos de la personalidad son excesivamente propensas a mostrar conducta suicida”.²³

“La inducción, en el que exponen que el tipo objetivo de la acción consiste en inducir o determinar a otra persona a que se prive la vida. La determinación o inducción debe ser directa y eficaz. Por consiguiente, el sujeto activo debe crear en el suicida la voluntad de matarse, siendo totalmente indiferente el medio de persuasión que emplee para hacer surgir en éste, la mencionada decisión. Entre acción y resultado, debe mediar una relación de causalidad.

En cuanto a la ayuda al suicidio, el tipo de objetivo de esta distinta forma particular de participar en un suicidio, consiste en prestar ayuda a otro para que se suicide. La ayuda debe ser considerada en un sentido amplio, es decir, comprendiendo tanto la ayuda necesaria como la no necesaria. El resultado, tiene que ser la muerte y, naturalmente, entre ambos acción y muerte debe existir un nexo causal.”²⁴

Según algunos autores ingleses «sugieren que las Estadísticas Oficiales en Inglaterra ocultan las cifras reales de los suicidios en los niños y adolescentes, en la categoría de indeterminada o accidental, pues comparando la década de 1950 con la 1970, se observó un aumento de la muerte por intoxicación, clasificada como indeterminada en los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años. En la población norteamericana de 14 a 16 años, la prevalencia de la ideación suicida según

²³ Munro, Alistair, **Psicología para trabajadoras sociales**. pág. 201

²⁴ Trejo, Miguel Alberto, **Manual de derecho penal**. pág. 187

la edad, el sexo y el nivel de estudios, oscila del 35 al 65 por ciento, y la de tentativa de suicidio entre un 11% a un 18%, según la revisión de Garrison (1989)».

Otros estudios han determinado que aproximadamente uno de cada cinco adolescentes en Francia, tiene idea de suicidio, y un 7% presenta frecuentes ideas sobre la muerte y el suicidio. En Gran Bretaña, se registran al año 5 mil 500 suicidios o sea aproximadamente una persona por cada 10 mil habitantes al año. En general se acepta que las tazas para el intento de suicidio en las comunidades occidentales modernas, pueden ser hasta 20 veces mayores que las de suicidio consumado.

3.5.1 El suicidio y su relación con otras enfermedades psiquiátricas

El suicidio se relaciona con varias enfermedades, las cuales enmarcaré en éste capítulo, pues son otras de las diferentes causas por las cuales una persona toma la decisión de privarse de la vida.

3.5.2 Creatividad, depresión y suicidio

“Por muchas centurias, las historias verídicas de pintores famosos, escritores y músicos que sumergidos en la depresión cometían suicidio y escandalizaban a la sociedad. Sólo en los últimos 25 años se ha demostrado con evidencia científica, que la gente creativa es más vulnerable a la depresión y al suicidio, sin importar si se convierten en personas famosas.

A través de la historia artistas, escritores, músicos, etcétera, han sufrido desproporcionadamente de desórdenes del estado de ánimo; solo recientemente las investigaciones han concluido que un porcentaje alto de artistas (pasados y contemporáneos) en realidad han sufrido enfermedades afectivas, particularmente la enfermedad maníaco-depresiva.”²⁵

²⁵ Salazar V., Carlos A., *Epidemiología del suicidio en el IGSS*. pág. 14

El tratamiento de las enfermedades depresivas en los artistas ha presentado problemas únicos, en parte por la preocupación de que la creatividad y el desorden afectivo, están tan entrelazados que el efecto del tratamiento sería una disminución del talento especial del artista. Es importante apoyar el desarrollo de nuevas opciones de tratamiento para todas las personas creadoras de la actualidad.

3.5.3 El suicidio y la enfermedad maníaco-depresiva

“Las personas que padecen de enfermedad depresiva o maníaco-depresiva bipolar, son por mucho más susceptibles para cometer suicidio que las personas en cualquier otro grupo de riesgo psiquiátrico o médico. La mortalidad para la enfermedad depresiva no tratada, es más alta que para muchas enfermedades cardiovasculares e inclusive el cáncer. En el siglo XIX el psiquiatra Emil Krapelin describió el horrendo y virtualmente incomprensible nivel de angustia y desesperación que atormentaba a sus pacientes maníaco-depresivos no tratados: Los pacientes a menudo trataban de matarse de hambre, de colgarse, de cortar sus arterias; ellos suplicaban que fueran quemados, enterrados vivos, ser llevados y perdidos en el bosque para permitirles morir.”²⁶

En un extenso estudio en Suecia, el estudio fue casi 80 veces mayor en pacientes con enfermedades depresivas -unipolar o bipolar- que en individuos sin desórdenes psiquiátricos.

En una revisión de 30 estudios, hecha por el doctor Kay Refield Jamison, de la Universidad Johns Hopkins, sobre mortalidad en pacientes maníaco-depresivos, encontró que entre el 9 y el 60 por ciento murieron por suicidio.

Entre las personas que cometen suicidio, más de dos tercios, ha sufrido de enfermedad maníaco-depresiva.

²⁶ *Ibid.* pág. 15

A pesar de la reciente evidencia de estos estudios, el potencial letal de la enfermedad maniaco-depresiva es todavía subestimado, tal vez por la concepción errónea de que el suicidio no es una expresión patológica de esta enfermedad, sino por el contrario es una reacción existencial y volitiva ante circunstancias adversas de la vida.

3.5.4 Índices de intento de suicidio en la enfermedad maniaco-depresiva

El 25% de los pacientes bipolares intentan el suicidio al menos una vez. Las mujeres lo intentan más que los hombres. Se ha determinado que el índice de intentos de suicidio en toda la vida, de individuos sin historia de enfermedad mental es de 1%, para aquellos con enfermedad depresiva mayor fue el 8% y aquellos sufriendo de enfermedad maniaco-depresiva es de 24%.

Recientemente un estudio epidemiológico de la enfermedad maniaco-depresiva en 10 países, comandado por la Doctora Myrna Weissman de la Universidad de Colombia, confirmó que los índices de intento de suicidio en la enfermedad bipolar promedian entre el 15% y el 50%.

3.5.5 El suicidio de acuerdo al curso de la enfermedad

“Existe una consistente evidencia que sugiere que el riesgo de suicidio es el más elevado enemigo. Primer episodio de la enfermedad depresiva o maniaco-depresiva. Los doctores ingleses Tsuang y Woolson encontraron que para los pacientes con manías y depresiones, el riesgo elevado de suicidio se limitó a la primera década de la enfermedad. El doctor Weeke determinó que el 40% de los suicidios ocurren en los primeros seis meses de la primera admisión, más del 50% dentro del primer año de la enfermedad. El doctor Himmelhoch ha sugerido que el suicidio puede ser desencadenado psicológica y neurológicamente en forma simultánea. Esto significa que sumado a los mecanismos biológicos de éste desencadenamiento, los pacientes se

vuelven con cada nuevo episodio de depresión cada vez menos tolerantes, incrementando el riesgo de suicidarse.

Estos hallazgos subrayan la importancia de un diagnóstico temprano y certero, un tratamiento agresivo en las primeras etapas, así como de una continua reevaluación del riesgo suicida.”²⁷

3.5.6 El suicidio en la esquizofrenia

“Como muchos desórdenes psiquiátricos, la esquizofrenia está relacionada con un mayor riesgo de cometer suicidio. El suicidio se ha reconocido como un peligro de ésta enfermedad desde hace mucho tiempo; los estudios basados actualmente muestran que hasta el 10% de los pacientes esquizofrénicos mueren por suicidio. En su mayoría son jóvenes de sexo masculino y el período de mayor riesgo es el de los primeros años de ésta enfermedad. Un intento de suicidio previo, generalmente se considera que es el mejor indicador clínico de que un paciente psiquiátrico posee un mayor riesgo a largo plazo de cometer el suicidio. La depresión se ha asociado en el suicidio de los pacientes esquizofrénicos en un 60 por ciento. Los pacientes presentan los rasgos psicológicos de la depresión, sin mostrar síntomas somáticos como falta de apetito o alteración del sueño.”²⁸

²⁷ **Ibid.**

²⁸ León Chacón, Lucrecia Elizabeth. **Prevalencia y caracterización epidemiológica.** pág. 10

CAPÍTULO IV

4. El suicidio desde el punto de vista legal

El suicidio representa un acto humano, una acción realizada por personas pertenecientes a una sociedad de cada época en particular, determinada por un complejo de condiciones y motivos, en donde viene a faltar en el individuo la capacidad de adaptación a las exigencias de la vida social, por lo que resulta también necesario analizar dicho fenómeno desde el punto de vista legal, a partir de su origen.

4.1 Historia del suicidio

“Suicidio: (Voz formada a semejanza de *Homicidio* del lat. Sui, de sí mismo, y -cidio). M. acción y efecto de suicidarse. El término suicida se aplica al que comete el suicidio. Y suicidarse se registra como matarse voluntariamente a sí mismo. El término suicidio es relativamente reciente, pues en antaño se utilizaban diversas descripciones para referirse al acto de matarse uno mismo. La palabra latina *suicidium* parece que se había utilizado en Francia en el siglo XVII, pero clásicamente el empleo de la palabra suicidio es atribuido en 1734 al abate Prévost o en 1737 al abate Desfontaines. La Academia Francesa lo inscribió en 1762 como sustantivo masculino, que indica el acto del que se mata a sí mismo (Gorceix y Zimbacca, 1968). Las legislaciones de la antigüedad prescribían ciertas penas contra los suicidas. En Tebas sus cadáveres eran arrojados a las llamas; en muchos países la pena era la privación de sepultura, a la que en Inglaterra se agregaba la confiscación de los bienes del suicida a favor de la Corona; en la antigüedad, Roma, contrariamente, de acuerdo con los principios de la filosofía de los estoicos, el suicidio era considerado como un acto de valor y hasta de virtud cuando tenía por causa la exacerbación de las pasiones, el disgusto de la vida o el sufrimiento ocasionado por ciertas enfermedades. El Derecho Canónico considera al suicidio como un verdadero delito de homicidio, y la iglesia en un tiempo permitió sólo las oraciones y limosnas para el suicida, pero prohibió las pompas y servicios en su memoria; actualmente no se priva por la Iglesia al suicida de tierra sagrada, por la ficción que se mantiene que muere por estado de demencia, ya que considera que sólo en ese estado puede el hombre cometer contra sí un crimen, que es violación de la ley divina, de la humana y de la natural.

Los suicidios en la historia están asociados, en general, a un personaje célebre o integrado en una acción histórica importante. Son testimonios de cómo un país y una cultura en determinadas épocas pueden haber comprendido estas conductas humanas, aunque a veces la leyenda y la realidad se mezclan en la información recibida.

En la antigüedad el suicidio era valorado como un resultado de los sistemas religiosos y filosóficos, aunque también dependía de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales de cada país.

Brierre de Boidmont (1856) recogió una casuística de 4,595 suicidios consumados, indicó que el suicidio era la última manifestación de la desesperación y que el sufrimiento era de carácter universal. El autor, en el prólogo de su obra, ya planteaba las distintas actitudes de la población frente al suicida: es un desgraciado..., es un loco. Señaló que además de los trastornos psiquiátricos, los problemas sociales de la época también formaban parte de la etiología suicida.²⁹

Deshaces (1947) criticó la visión de la psiquiatría clásica sobre el suicidio como síntoma patológico. Indicó que los patologistas del siglo XIX y principios del XX habían creado un razonamiento lógico del suicidio como acto de locura bajo la forma de un silogismo falso: si algunas personas son suicidas y algunos enfermos mentales se suicidan, los suicidas son enfermos mentales.

Las legislaciones de algunos pueblos antiguos infligían penas infamantes a los suicidas. En Atenas, al cadáver del suicida se le cortaba la mano, y su cuerpo era enterrado fuera de la ciudad. En Tebas, se quemaba el cuerpo del suicida. Las leyes romanas eran favorables al suicidio si era debido al aburrimiento de la vida o servía para evitar alguna situación deshonrosa, pero eran muy rigurosas con los suicidios de los soldados, los esclavos y de personas acusadas de delitos.

²⁹ Sarró y De la Cruz; **Ob. Cit**; pág. 21

Durante siglos el suicida ha sido arrastrado sobre el cañizo, atravesado con una estaca, se le privaba de sepultura, se le cortaba la mano, quemaban su cuerpo, lo colgaban de los pies, lo ahorcaban, lo trataban como un asesino, su familia quedaba deshonrada, le fiscaban sus bienes, etc.

“En las modernas legislaciones, no se pena el suicidio, ya que como afirmaba Beccaría, el castigo habría de recaer sobre la inocencia o sobre el cadáver insensible, pero se plantea al problema de la cooperación al suicidio de otro, íntimamente relacionado con el del homicidio consentido. Ya que de antiguo se ha debatido el valor del consentimiento en los delitos: *Volenti et consentienti non fit injuria*, proclamaron los romanos, y se ha discutido largamente sobre la significación y amplitud de ésta máxima, pero parece fuera de duda que el texto tuvo un alcance absolutamente limitado, y que es insostenible en un sentido general. El problema se relaciona en primer lugar con otro más general: La extensión del derecho del individuo sobre su propia persona (*ius in se ipsum*). Para determinar la extensión de esta potestad se ha acudido a la distinción entre derechos innatos (intangibles e inalienables), como el derecho a la vida física y a la vida moral, y derechos adquiridos, como los patrimoniales; sólo estos últimos son renunciables. Pero sin ahondar en el detalle de esta doctrina, es lo cierto que la facultad de consentir una renuncia de un derecho personal encuentra una doble limitación: El derecho ajeno y el interés público. Y puede afirmarse como principio general que el consentimiento de la parte lesionada no puede constituir una causa justificante. Así, afirma Prins: En un sistema jurídico en que la ley penal es de orden público, y en que la pena se impone en nombre de la sociedad entera, no es posible derogar por convenciones particulares las leyes de orden público. El homicidio consentido por la víctima, que Carrara y Mittermaier se preocuparon hábilmente de distinguir del auxilio prestado al suicida, no puede hallar excusa en el consentimiento; lo que constituye la esencia del delito, dice Jiménez Asúa, en ser un acto antisocial y constituir un ataque al orden jurídico; por tanto, la pena es cosa distinta de la reparación, puesto que tiene un carácter social. Así, pues, la voluntad privada, incluso la del ofendido, no puede tener el valor de borrar la criminalidad del acto y de excluir toda pena. Esta figura

delictiva, el homicidio-suicidio de Ferri, ha sido objeto de sanciones por un gran número de códigos penales (Alemania, Finlandia, España, Hungría, Holanda, etcétera).³⁰

La cooperación en el suicidio de otro, por instigación o por ayuda, encuentra también sanción en los Códigos como delito propio, sin ello, como dice Carrara, no podría ser penado, ya que sería absurdo hablar de cómplices del suicidio no siendo éste delito. Un caso especial es el del *doble* suicidio por amor, que se presenta lleno de dificultades. Cuando sobrevive uno de los suicidas, ¿podría ser objeto de persecución y pena? Evidentemente, no podrá castigarse su tentativa de suicidio personal, pero, ¿se le castigará por la muerte dada al otro? Es este un problema que requiere para su solución el examen del caso concreto, ya que la respuesta no podrá ser la misma. Por ejemplo, en un doble suicidio intentado por medio de un brasero que produzca la asfixia, y en otro en el que se haga uso de una arma de fuego; en el primer caso, el que murió permaneció en su decisión en la atmósfera mefítica, y no sería posible acusar al que sobrevive, de homicidio solicitado; en el segundo caso, cuando uno dirigió certeramente el tiro de la pistola y el otro no hizo más que herir a su pareja o disparar sin hacer blanco en ella, sí podría hablarse de homicidio solicitado. Más interesante es todavía el caso de la muerte dada a los enfermos incurables, que demandan perentoriamente el fin de sus tormentos, acogido ya con criterio exculpador en algunos Códigos; para este caso (Eutanasia) propugna Jiménez Asúa el perdón judicial.

“En el Derecho Canónico, basándose en consideraciones meramente teológicas, se sancionó con la pena vindicativa y «*latae sententia*» consistente en la privación de sepultura eclesiástica para el suicida, pudiéndose hacer dicha privación en forma pública, si el suicidio trascendió a la comunidad o en forma privada, si sólo se conoció en un círculo íntimo. También se sancionó conforme éste ordenamiento jurídico, la tentativa de suicidio, con penas tales como la suspensión o remoción de beneficios y oficios que conllevan la cura de las almas. Sin embargo, en este derecho, no hubo sanción para la inducción o ayuda al suicidio. El iluminismo y posteriormente la propia Escuela Clásica se opusieron a la punición del suicidio. Esa es la corriente

³⁰ Diccionario enciclopédico UTEHA Pág. 1005

que denomina la legislación penal contemporánea, que no castiga el suicidio y su conato, sin embargo, la mayoría de los ordenamientos penales contemporáneos sancionan su instigación (inducción para nuestra ley) y la cooperación al mismo (ayuda, según nuestra ley).”³¹

“El prejuicio de que el suicidio es infame y degradante se ha arraigado mucho entre creyentes, sobre todo católicos, judíos y protestantes; por esta razón se hace lo indecible para evitar el escándalo. Desterrar éstos prejuicios constituirá una razón para estudiar científicamente los suicidios. Tales prejuicios se remontan a épocas muy remotas, por ejemplo, entre los judíos había una ley especial que declaraba infame a quien se causaba la muerte, por lo cual le negaban la sepultura.”³²

4.2 La inducción al suicidio en la legislación guatemalteca

El suicidio no posee un encuadramiento con calidad de delito en Guatemala, pero sí la ayuda o inducción a este acto. Conforme el Artículo 128 del Código Penal, que establece: “Inducción o ayuda al suicidio. Quien indujere a otro al suicidio o le prestare ayuda para cometerlo, si ocurriere la muerte, se le impondrá prisión de cinco a quince años. Si el suicidio no ocurre, pero su intento produce lesiones de las comprendidas en los Artículos 146 y 147 del Código Penal, la pena de prisión será de seis meses a tres años”.

En el Código Penal guatemalteco, la impunidad del suicidio apareja la ausencia de penalidad para quien ha realizado los actos intentando privarse de la vida y únicamente sanciona a los actos de *inducción y ayuda al suicidio*, tipificación que en modo alguno puede ser considerada como equivalente a «acciones de participación en un delito de homicidio», mismas que incluyen la participación de terceros, es decir que es una figura delictiva especial, un comportamiento que constituye una participación en un hecho ajeno.

³¹ De León Velasco y De Mata Vela, **Ob. Cit**; pág. 319

³² Tello Flores, Francisco Javier. **Medicina forense**. pág. 172

Debe recordarse que la sospecha es la llave para la detección de un crimen; pero aún contando con los métodos más sofisticados y el equipo para detectar un crimen, muchos suicidios no se han detectado, porque existe una inapropiada o incompleta investigación y es precisamente en la fase del levantamiento del cadáver donde se cometen muchos errores, la mayoría por omisión, que bien podría evitarse si todos los profesionales de la medicina forense realizaren conscientemente su trabajo, contribuyendo así con los fines específicos de la Medicina Legal.

4.3 Análisis doctrinal

Algunos autores opinan que, en el caso de inducción, se requiere una relación causal entre la acción del sujeto activo y el suicidio del sujeto pasivo, pero que la inducción a su vez debe ser eficaz, es decir de tal magnitud que la víctima realmente tome la determinación de suicidarse. Otros en cambio, opinan que el sujeto activo debe, crear en el suicida, la voluntad de matarse, siendo totalmente indiferente el medio de persuasión que emplee para hacer surgir en éste la mencionada decisión.

“El suicidio, es un ataque contra la vida del que la comete, contra la vida ajena. El suicidio así considerado resulta impune en nuestro ordenamiento jurídico punitivo. Ahora bien: Impunidad no equivale a *licitud*, sino falta de tipicidad. La palabra suicidio deriva de las voces latinas *SUI* que significa «de sí mismo», y *caedere* que equivale a matar.

Por ello a consecuencia del origen etimológico, se puede considerar el suicidio como el acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida.

En Guatemala el suicidio no constituye delito, pero que el suicidio sea o constituya una acción impune, no hace que el ordenamiento penal sea indiferente ante ésta clase de hechos por cuanto la vida es objeto de protección en el ámbito penal de un modo absoluto, incluso frente a la voluntad de su titular, aunque es un bien personal

del individuo, éste no tiene, o por lo menos el ordenamiento jurídico no le reconoce, un derecho de disponer sobre él.”³³

4.4 Derecho comparado

El Derecho comparado, nos permite comprender la exactitud de la tesis, ya que en efecto, en otras legislaciones se exige expresamente la muerte o un resultado diverso (lesiones) o la tentativa.

En el derecho Penal guatemalteco, la ley se refiere a dos supuestos: a) Quien induce a otro al suicidio, y b) Quien le preste ayuda a otro para cometerlo. En el primer supuesto estamos ante el caso de excitar, instigar al suicidio.

En el segundo, equivale a decir de Cuello Calón, a prestar auxilio, prestar medios tales como armas, veneno o cualquier otro género de cooperación, auxilio intelectual, como indicaciones acerca del modo de ejecutar el suicidio, de servirse del arma, etcétera. Inducción equivale entonces, a tanto como despertar en otro el ánimo suicida hasta entonces existente.

La legislación penal colombiana no sanciona el suicidio. “Desde el punto de vista y por el aspecto puramente formal podría encontrarse una incongruencia legislativa derivada de la punibilidad para la inducción o ayuda en relación con un hecho que no es típico para quien lo realiza, advierte también esta incongruencia, pero la justifica de la siguiente manera: si el suicidio no constituye, como se ha dicho, un acto delictuoso, parece extraño que la ayuda o participación en éste hecho si lo sea. Pero sucede que la participación en el suicidio demuestra en el agente una evidente peligrosidad, inclusive en aquellos casos en que el participante acude a cooperar con los más nobles motivos. He ahí la razón para que la ley haya constituido como delito la participación en el suicidio.”³⁴ Al exponer el tema: La inducción y ayuda al suicidio, refiere que inducir

³³ Ibid. pág 186

³⁴ Gómez Méndez, Alfonso. *Delitos contra la vida y la integridad personal*. pág. 221

significa persuadir, convencer, llevar a alguien a algo. Supone esta acción entonces, crear en el sujeto pasivo la idea de necesidad del suicidio. La acción del sujeto agente es principalmente el carácter psicológico, y se orienta a convencer al sujeto pasivo de que la única salida posible es la autodestrucción. Se requiere entonces una relación causal entre la acción del sujeto activo y el suicidio del sujeto pasivo. La inducción, a su vez debe ser eficaz, es decir, de tal magnitud que la víctima realmente tome la determinación de suicidarse.

El Código Penal italiano, en su Artículo 580, regula: «El que determine a otros al suicidio o refuerce el propósito ajeno al suicidio, o facilite de algún modo la ejecución del mismo, será castigado, si el suicidio se realiza, con reclusión de cinco a doce años. Si el suicidio no se realiza, será castigado con reclusión de uno a cinco años, siempre que de la tentativa de suicidio se siga alguna lesión personal grave o gravísima». Del texto italiano se desprende claramente que la tentativa de suicidio no genera sanción para el inductor sino cuando de ella se deriva una lesión grave o gravísima.

El Código Penal argentino en su Artículo 83, regula la ayuda al suicidio así: «Será suprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigara a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado».

En el ordenamiento penal de El Salvador (C.A.), el suicidio resulta impune. Actualmente puede sostenerse que el suicidio ha dejado de constituir delito. Se ha tipificado el tipo penal «Inducción y ayuda al suicidio», la que de modo alguno no puede ser considerada como equivalente a «acciones de participación en un delito de homicidio», sino como delitos especiales o figuras autónomas y sui generis, puesto que, cuando una persona se priva voluntariamente de la vida, independientemente de los terceros que hayan participado en los actos preliminares, no concurren los elementos que configuran al homicidio.

En la legislación española de 1983, se sancionó a quien prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide (Código Penal, comentarios y jurisprudencia). “No

penaliza a la persona que intenta suicidarse ni a la que lo ha consumado, pero sí penaliza el acto de inducir o ayudar a realizarlo. A través de la historia de la legislación española se reflejan las distintas valoraciones del suicidio.”³⁵

4.5 Acción u omisión

El Artículo 17 de la Constitución Política de la República de Guatemala, establece: «No hay delito ni pena sin ley anterior. No son punibles las acciones u omisiones que no estén calificadas como delito o falta y penadas por ley anterior a su perpetración».

4.5.1 Acción

La acción es un hecho previsto en la ley penal y dependiente de la voluntad humana. La acción delictiva puede consistir en un acto en sentido estricto, cuando hay una realización de un movimiento corporal, es decir cuando exista una conducta humana y esa conducta humana es voluntaria, que puede ser activa o pasiva, que se concrete en realizaciones externas.

La acción debe depender de la voluntad de una persona, por lo que se excluyen de las tipificaciones delictivas supuestas, tales como los movimientos reflejos, los estados de inconsciencia como el sueño, la narcosis, el sonambulismo, la embriaguez letárgica, o los estados hipnóticos, o cuando hay una violencia irresistible que impulsa al actor a ejecutar actos donde la voluntad se halla sometida, anulada o dirigida.

En consecuencia, el juez, para saber si existe acción o no jurídicamente, debe analizar en forma objetiva tres circunstancias:

1. Si la conducta la realizó un ser humano.

³⁵ Sarró y De La Cruz, **Ob.Cit**; pág. 29

2. Si ese ser humano la realizó en forma voluntaria.
3. Que esa conducta se haya concretizado de alguna manera en algún acto externo.

4.5.2 Omisión

El Artículo 18 del Código Penal, establece: «Comisión por omisión. Quien, omite impedir el resultado que tiene el deber jurídico de evitar, responderá como si lo hubiera producido».

La omisión presenta dos modalidades:

1. Omisión propia. Faltar a un deber genérico (a todas las personas).
2. Omisión impropia. Faltar a un deber específico (solo a una persona).

La tipificación de las conductas como delictivas puede variar, en alguna medida, según los tiempos y los países, pero en todo caso se tutela a la persona y sus bienes (vida, integridad física, propiedad, honor), amparándose también a la comunidad de que se trate en su conjunto. Requisitos del derecho penal son la proporcionalidad entre el delito y la pena y el respeto al principio de legalidad, formulado según la tradición procedente del derecho romano, mediante la sentencia: *nullum crimen, nulla poena sine previa lege* (ningún crimen, ninguna pena sin ley previa).

Los delitos pueden calificarse como acciones u omisiones típicas, antijurídicas, culpables y punibles. También las omisiones pueden ser delictivas; por ejemplo en la omisión del deber de socorro. El delito responde a un tipo descrito en el Código Penal, cuerpo legal que, en la mayoría de los países, contiene la esencia y el grueso de las leyes penales. La antijuridicidad no se da ante supuestos de una causa de justificación, legítima defensa, estado de necesidad. Los actos delictivos han de ser voluntarios y fruto de negligencia o del propósito de conseguir el resultado contemplado por la ley. Las penas, que pueden ser pecuniarias o privativas de libertad,

tienen una función represiva (de compensación del mal causado) y de prevención (intimidación para posibles delincuentes futuros).

CAPÍTULO V

5. Identificación de causas y factores que incitan a los menores de edad al suicidio

Al realizar un análisis de los distintos criterios de estudiosos del Derecho y profesionales de la medicina, expuestos en los capítulos precedentes, se puede observar que la mayoría de opiniones coinciden en que tanto las ideas suicidas previas como los intentos frustrados y los actos de suicidios consumados, son consecuencia de la depresión y problemas psicológicos que sufren los niños y adolescentes. Pero ¿Cuáles son las causas u orígenes de la depresión?. En respuesta a dicha interrogante, resulta válido deducir que las causas que desencadenan crisis suicida infantil o adolescente, son variadas y las podemos identificar y definir como:

5.1 Maltrato infantil

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio, cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico, lo cual los deprime. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas, es uno de los factores que entorpecen el desarrollo espiritual de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas.

5.2 Violencia intrafamiliar

A pesar del maltrato, la corrupción, la agresión sexual etcétera, en raras ocasiones las autoridades ponen a salvo al menor, y lo separa de sus padres para garantizar su integridad física. Por desgracia, muchos menores son depositados en albergues infantiles, con carácter temporal, sin resolver su situación jurídica; ésta negligencia provoca que al paso del tiempo, al no ejercerse ninguna acción legal en contra de los padres, éstos reclamen la custodia de sus hijos, con base en disposiciones legales reglamentarias, los niños son reintegrados al hogar, lo que

muchas veces empeora su situación y aumenta el riesgo de que se atente contra su integridad física y psicológica, ante la impunidad de sus agresores.

“La violencia intrafamiliar como problema social. El hogar no es en todos los casos, el espacio protegido en donde reinan la tranquilidad, el amor y la comprensión, refugio para las tensiones y problemas. En un alto porcentaje es un ambiente de riesgo y temor, un elevado número de mujeres, niños y niñas sufren, por ser los miembros más débiles de la familia, golpizas, insultos, amenazas y otros comportamientos agresivos permanentes, fenómeno que ha sido denominado: Violencia Doméstica o Intrafamiliar.”³⁶

“Se han encontrado no sólo diversas características que nos ayudan a reconocer cuando un niño sufre de violencia, sino que además, nos muestran otras características, que pueden explicar su actual y/o futuro comportamiento violento.

Estas características son: a) violencia hacia otros niños, proyección de culpa hacia otros; b) conducta pre-delincuente o delincuente; c) no respeta el rol de sus padres; d) comportamiento de negociación con los padres; e) cree que la violencia es normal; y, f) discute como un adulto, usando la violencia como método para solucionar el problema.”³⁷

5.3 Desintegración familiar

Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia, con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos, por lo que para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas, al estrés y a la depresión, que todo ello les causa.

³⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Violencia intrafamiliar hacia la mujer en Guatemala**. pág. 18

³⁷ Vargas Solano, **Ob. Cit**; pág. 35

5.4 Falta de atención o abandono por parte de los padres

“La búsqueda de atención, al no ser escuchadas las peticiones de ayuda de los niños y adolescentes en otras formas expresivas, comienzan a tornarse agresivos o pasivos en su comportamiento en la casa y en la escuela, cambian sus hábitos de alimentación y de sueño, pudiendo mostrar inapetencia o por el contrario, un apetito inusual.”³⁸

Paulina Aravena, psicóloga infantil, concuerda en el hecho que la mayoría de los casos obedecen al estrés. Asevera que las depresiones biológicas, son las menos y que mayoritariamente, lo que conduce al intento de suicidio o a la concreción de este acto, es la presencia de una mala dinámica familiar, es decir, una red de apoyo deficiente.

5.5 Baja auto-estima

La ideación suicida se presenta en alrededor del 60% de pacientes con trastornos del ánimo. La presencia de un cuadro depresivo en menores de edad confiere severidad a la conducta suicida, presentando ésta mayor letalidad.

5.6 Decepciones por defectos físicos

Muchas veces los niños y adolescentes que padecen defectos físicos, especialmente cuando tienen dolor, o es un padecimiento irreversible, tienden a buscar una salida rápida y es la que encuentran en el suicidio. Cualquier enfermedad crónica que prive al individuo de su expectativa de una vida plena, con enfermedad que pueda representar la pérdida imaginada de esa realización, los deprime.

³⁸ León Chacón, **Ob. Cit**; pág. 9

5.7 Por haber sido víctimas de violación

Los niños y adolescentes, víctimas de violación, buscan la forma de superar el ataque sufrido, pasando por etapas psíquicas del trauma, tales como: Estrés, temores, miedos, hostilidad, así como, otros síntomas y signos que llegarán a repercutir en su vida normal; pero algunas veces no logran ese objetivo y toman la decisión de suicidarse.

5.8 Sectas destructivas.

Los métodos coercitivos de manipulación que utilizan las sectas destructivas, persiguen el cambio de una persona a través de una acción inducida desde el exterior y se denominan comúnmente lavado de cerebro, lo cual desencadena ideas suicidas. El lavado de cerebro combina persuasión y castigo, es utilizado para captar y mantener dentro del grupo a los adeptos y tiene como fin último su explotación emocional, sexual y/o económica, dejando un terrible rastro de secuelas psicopatológicas que penetran todas las dimensiones de la personalidad del individuo, afectando todas las áreas de funcionamiento. En estas condiciones, la persona captada y mantenida en un grupo sectario mediante métodos coercitivos de manipulación se deshumaniza, pierde el contacto con la realidad de quién es, de su valor intrínseco como persona como alguien que puede pensar, sentir y decidir por sí mismo, devaluándose en su propia autoestima de tal forma que nunca va a reconocer su propia necesidad de ayuda para salir de dicha situación. El adepto deja así de pensar por sí mismo, lo cual supone un beneficio de comodidad, ya que no tiene que reflexionar ni sentirse responsable de sus propias decisiones, sino solo seguir las directrices del líder.

5.9 Sobredosis de medicamentos

La sobredosis de medicamentos es el mecanismo de suicidio consumado más frecuente para el sexo femenino. En Guatemala, el mecanismo de suicidio

consumado más frecuente en niños y adolescentes es el ahorcamiento y la ingesta de sustancias tóxicas como insecticidas.

5.10 Abuso en el consumo de drogas

Los pacientes bajo efectos tóxicos de drogas tienen historia de haber querido volar o dormir sólo por unas horas. Los adictos están acostumbrados al uso de las drogas con fines de recreación y muy probablemente tengan un suministro para fines suicidas. La depresión enmascarada y la disminución del control de los impulsos, con abuso de sustancias, predisponen a los niños y adolescentes a un mayor riesgo de cometer suicidio.

5.11 Odio así mismo

Muchos niños y adolescentes guardan rencor y odio contra sí mismo, al no aceptar que otros similares a su edad nacieron en medio de mejores condiciones económicas o por padecer de alguna enfermedad que hubieran preferido que otra persona la padeciera. La conducta suicida como etapa previa al acto del suicidio, se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de la rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo los mecanismos autodestructivos ante la rebeldía de no aceptarse tal y como se es.

5.12 La discriminación

Las llamadas de atención de carácter humillante por parte de los padres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado; la preferencia de alguno o varios hijos por parte de los padres; y otras formas de discriminación, suelen incitar a los niños y a los adolescentes a suicidarse.

5.13 Influencia de delincuencia juvenil

Por encima de los 5 o 6 años de edad, se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluyéndolo a él, tienen que morir y paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio.

Por lo general los niños han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de este tipo de acto a través de la televisión

Otras veces el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad que hayan tenido familiares suicidas, miembros de grupos de delincuencia juvenil o por conversaciones que escuchan de los adultos.

En sus concepciones sobre el suicidio, en el niño se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas, poco coherentes y comprensibles. Hay niños y niñas que adquieren ambos conceptos, muerte y suicidio a una edad más temprana y otros más tardíamente, creyendo estos últimos que la muerte es una continuidad de la vida o que es un estado parecido al sueño, del cual es posible ser despertado tal y como ocurre en un cuento (ejemplo: La bella durmiente).

5.14 Maras

Es importante destacar, que según citan los médicos psiquiatras, la mayor parte de los adolescentes transgresores no padecen de ninguna condición médica ni psiquiátrica que los haga comportarse así. El niño y el joven predispuesto, responde a una serie de factores externos que lo incitan a comportarse de una manera violenta, que en cualquier momento lo llevará a cometer un delito.

El hecho de que los niños y jóvenes tomen la decisión de pasar a formar parte de una mara, debe considerarse como un acto suicida, ya que a través de las pruebas que deben de superar para ser integrantes de las mismas, le pierden el amor a la vida

propia y califican con desprecio las vidas ajenas, todo con el fin de lograr un sentimiento de pertenencia a determinados grupos.

5.15 Pandillas

La agresividad de algunos niños los lleva a integrarse a las pandillas, muchas veces para sentir que de esa manera descargan sus energías, y al estar rodeados de adultos quieren imitar sus actitudes, lo que implica riesgos suicidas, por el solo hecho de sentirse identificados con estos grupos antisociales.

5.16 Bajo rendimiento escolar

Durante la crisis suicida infantil son comunes los problemas relacionados con el rendimiento y comportamiento del niño o la niña en la escuela. Las dificultades académicas, las fugas de la escuela, el desinterés por las actividades escolares, la rebeldía sin motivo aparente, la no participación en los juegos habituales con los demás niños y amigos, la repartición de posesiones valiosas, y hacer notas de despedida, son signos que pueden ser observados como origen de una crisis suicida infantil. En otros casos algunos alumnos menores de edad, se suicidan por dificultad de aprendizaje o correctivos disciplinarios que se le han aplicado.

El niño suicida vive el fracaso escolar como un fenómeno sin solución. Su capacidad de pensamiento es limitada y posee visión de túnel, lo que le imposibilita encontrar alternativas viables. El bajo rendimiento escolar es un factor específico que incita a los muchos menores de edad a suicidarse. Varios estudios demuestran entre 35% y 75% en la proporción de fracaso o expulsión escolar asociado con comportamiento suicida en niños y adolescentes escolares.

5.17 Venta de drogas a los alumnos de centros educativos

En Guatemala, alumnos de varias escuelas han sido vulnerables en la compra y consumo de drogas. De muchos es sabido que los distribuidores de droga, a

menudo han logrado incursionar hasta los interiores de las escuelas e institutos, enrolando a los alumnos en la venta y el consumo de drogas, pero algunos estudiantes al ya no obtener satisfacciones personales, y al estar bajo efectos de las mismas, o al no tener la capacidad de pago o posibilidades de conseguir dinero para su compra, optan por suicidarse.

5.18 Tabaco.

Los fumadores también tienden más a meterse a peleas, portar armas, intentar suicidio y a involucrarse en conductas sexuales de alto riesgo. Los adolescentes que usan tabaco son más propensos a consumir alcohol y drogas ilegales que los que no lo usan.

Los jóvenes son la fuente principal de nuevos consumidores para la industria tabacalera, la cual debe reemplazar cada año los muchos consumidores que dejan de fumar y a los que mueran a causa de enfermedades relacionadas con el hábito de fumar.

5.19 Trastornos en la personalidad.

La mayoría de los suicidas no conocen claramente sus propios motivos, juegan con la muerte en tal forma que de manera consciente o inconsciente echan sobre otros la responsabilidad de la decisión sobre si deben vivir o morir. Se sabe que los adolescentes y jóvenes con trastornos de la personalidad son excesivamente propensas a mostrar conductas suicidas.

5.20 Factor económico

El desempleo de los padres y la escasez de recursos en el hogar, provoca inestabilidad emocional, generando mal carácter y/o depresión en los adultos que integran el hogar, lo cual llega a producir frustración en los menores de edad,

quienes se sienten impotentes ante tal situación y deciden terminar con una vida que parece miserable.

5.21 Factor social

Algunos menores de edad, al padecer la pérdida o corte de un soporte social normal, tal como el divorcio, la separación de los padres, el desempleo, etcétera, generalmente desemboca en sentimientos de soledad y desesperación que pueden ser un motivo abrumador que los lleve a consumir un suicidio.

Distintos aspectos de estructura social y en especial de la estructura ocupativa, han sido analizados y puestos en relieve en su conexión con el suicidio: Suicidio y mundo rural, suicidio y mundo urbano, suicidio y emigración; relaciones entre el suicidio y condiciones de trabajo, el paro, el estrés; y por otra parte las relaciones entre suicidio y estatus socio profesional; lo cual repercute muchas veces en los menores de edad.

5.22 Factor religioso

Históricamente, los índices de suicidio entre las poblaciones católicas han sido inferiores a las poblaciones protestantes y los judíos. Puede ser que el grado de ortodoxia e integración de una religión sean una medida precisa de riesgo en ésta categoría, que en la simple afiliación religiosa institucional. Un ejemplo claro de religión que influye en los suicidios es la de los musulmanes, quienes deciden participar en atentados en contra de los creen ser sus enemigos y al ejecutar dichos actos, lo hacen en forma consciente, en el nombre de «Alá», y lo más irónico de ello es que muchos son entrenados desde niños a través de filosofías que los inducen a cometer actos de suicidio, pero que según ellos será bien visto por «Alá».

5.23 Factor político

La falta de sistemas de conservación de valores morales y principios éticos por parte del Estado, hace susceptibles a niños y adolescentes proclives al suicidio.

CAPÍTULO VI

6. El fenómeno del suicidio en menores de edad en la Ciudad de Guatemala y sus efectos

El suicidio en menores de edad en la ciudad de Guatemala, es un fenómeno social que pasa desapercibido, simple y sencillamente porque la cantidad real de casos consumados de muertes de tal naturaleza, no se refleja en las estadísticas oficiales y en tal virtud, la población ignora este flagelo que está consumiendo vidas humanas.

6.1 Análisis del origen de la ideación suicida

Como se indicó en el capítulo anterior, las causas que originan ideas suicidas en niños y adolescentes son múltiples y son generados por el estrés emocional excesivo, confusión, problemas mentales, fantasías románticas, gusto por el peligro, aislamiento emocional y problemas psiquiátricos, los que finalmente acarrearán consigo la depresión; sin embargo, día con día nacen nuevas teorías acerca de ¿por qué se toma la decisión de auto eliminarse? pero los adolescentes experimentan ciertos sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr el éxito, inquietudes financieras y otros miedos que van creciendo, los que suelen perturbarlos e intensificarse, por lo que en muchas ocasiones el suicidio suele ser la mejor solución. Lo que debe quedar bien claro en nuestras mentes es que el suicidio es un acto cuya responsabilidad pesa en cada uno de nosotros.

6.2 Análisis de los efectos del suicidio en menores de edad

Tanto en niños como en adolescentes se presenta una condición psíquica, especialmente vulnerable a las distintas formas de violencia (social, familiar e individual), lo que hace que éstos ejecuten actos por decepción, depresión o por llamar la atención. El suicidio en niños y adolescentes es una tragedia que afecta, no sólo al individuo, sino también a la familia, a los amigos y a la comunidad, ya

que se vive como un fracaso personal por parte de los padres, amigos y médicos que se culpan por no detectar signos que los alerten.

Las consecuencias que provocan las tentativas de suicidio y el suicidio consumado para el grupo familiar y social son a veces difíciles, ya que cada persona percibirá el hecho de manera distinta y sufrirá las consecuencias emocionales también de forma diferente.

6.3 La infancia y los actos suicidas

A pesar de que algunos autores estiman que “Es cierto que el suicidio consumado es muy infrecuente antes de los 12 años, pero existe. Una de las razones para explicar la baja tasa de suicidios en estas edades es la aceptación de que el niño no vive la muerte como fin y, por esto, a nivel cognitivo, no puede plantearse el suicidio.”³⁹

Dicen también que el niño, a partir de los siete años, ya comprende el concepto de la muerte, pero muchos factores que contribuyen a su entendimiento no han sido evaluados todavía y se desconoce la influencia de las distintas experiencias psicológicas y socioculturales. Algunos autores valoran que en la infancia no puede hablarse de actos de suicidio, pues falta la comprensión del significado total de la muerte.

El concepto que el niño tiene de la muerte como algo inevitable, irreversible y universal es muy complejo y va madurando con la edad.

En algunos países, el suicidio en los menores de 14 años es poco conocido epidemiológicamente, sobre todo en las estadísticas oficiales, como por ejemplo en las estadísticas de Estados Unidos, en donde se tiende a no clasificar los suicidios como causa de muerte en los niños menores de 10 años que, aunque es infrecuente,

³⁹ Sarró y de la Cruz, **Ob.Cit.** pág.78

seguramente se encubre con el diagnóstico de muerte accidental, probablemente por la actitud de rechazo de aceptar la muerte voluntaria en la infancia, sugieren que las estadísticas oficiales inglesas ocultan las cifras reales de los suicidios en los niños y adolescentes en la categoría de indeterminada o accidental, pues comparando la década de 1950 con la de 1970 se observó un aumento de la muerte por intoxicación, clasificada como indeterminada, en los grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

Las creencias erróneas más frecuentes sobre la conducta suicida en la infancia, exponen: Se considera que no existen suicidios antes de los seis años y que estos actos son infrecuentes en los años de lactancia; que no es posible que aparezca depresión grave en la infancia, ni a nivel psicodinámico ni evolutivo; que el niño no entiende que la muerte es irreversible, por lo tanto no puede ser considerado suicida; que los intentos de suicidio en los niños son impulsivos y no una expresión de preocupaciones prolongadas; que durante la infancia no puede planearse un acto suicida seriamente, ni a nivel cognitivo ni a nivel físico; que la mayoría de los actos suicidas en la infancia son manipulativos y poco agresivos; que aunque la amenaza de suicidio es frecuente en algunos niños, no debe ser considerada seriamente; que los niños no tienen métodos a mano para matarse y que si hay un acto autodestructivo en ellos es casi siempre una respuesta a un desencadenante inmediato.

6.4 La familia y la herencia en el suicidio y la conducta suicida

Una de las preguntas más comunes que hacen los sobrevivientes de un suicidio es si este problema se hereda o se transmite en las familias. La respuesta más ajustada de acuerdo al conocimiento de hoy es que muchos estudios en la actualidad muestran alguna evidencia de agregación de la conducta en las familias de las víctimas del suicidio, pero no se entiende como sucede este fenómeno.

Ming Tsuang y colaboradores estudiaron una serie de gemelos encontrando evidencia de mayor concordancia para el suicidio en los gemelos idénticos

que en los fraternos. Además Tsuang encontró un índice de suicidios mayor en las familias de pacientes psiquiátricos que cometieron suicidio. Schulsinger, en un estudio sobre adopciones, encontró más concordancia para el suicidio entre los familiares biológicos que con los adoptivos.

Roy encontró que en las familias de pacientes psiquiátricos que intentaron cometer suicidio, los índices de intentos de suicidio eran mayores que en los familiares de pacientes que no intentaron el suicidio.

En poblaciones más jóvenes de víctimas de suicidio o que intentaron el suicidio los resultados son similares.

En los estudios psicológicos sobre autopsias dirigidas por el Doctor David Breen del Instituto Psiquiátrico del oeste de Pittsburg, se ha encontrado que las familias de las víctimas del suicidio mostraban índices elevados de intentos de suicidio, depresión y abuso de sustancias.

Todos estos estudios obligan a plantear una pregunta fundamental: ¿son únicos los riesgos y factores causales para el suicidio o por el contrario pueden explicarse por la presencia de otros factores de riesgo psicopatológicos como la depresión o el abuso de sustancias?.

El Doctor Brent encontró un riesgo cuatro veces mayor para presentar conducta suicida en los familiares de víctimas del suicidio, a pesar que de antemano se había controlado el estudio para que los altos índices de desórdenes psiquiátricos en las familias de las víctimas de suicidio no interfieran en los resultados. Según el Doctor Brent esta es la primera evidencia definitiva que la conducta suicida se transmite por encima de la transmisión familiar de cualquier otro factor psicopatológico.

Tomando en conjunto, estos estudios sugieren que puede existir un factor genético que predisponga el suicidio y la conducta suicida. ¿Cuál puede ser

alguno de los mecanismos para que sea posible este fenómeno?. Una característica biológica que puede predisponer la conducta suicida a pesar de la condición psiquiátrica es un metabolismo alterado de la serotonina a nivel central. Es posible que esta vulnerabilidad biológica, sea lo que se transmite familiar y genéticamente.

Existen además algunos mecanismos no genéticos posibles para explicar la transmisión familiar de la conducta suicida. En un estudio, se encontró altos índices de depresión y abuso de sustancias en las familias de las víctimas de suicidio. Por lo que se formuló la hipótesis de que estos índices altos en las familias eran en si un factor de riesgo para el suicidio, ya que podrían aumentar el riesgo de depresión y abusos de sustancias en las víctimas del suicidio.

Por lo tanto, la exposición a la depresión y/o abuso de sustancias de los padres podría agregar un riesgo ambiental al riesgo genético para cometer suicidio.

Algunos autores han postulado que la imitación podría ser el mecanismo de transmisión de la conducta suicida en las familias; sin embargo hay estudios que niegan esa posibilidad principalmente los hechos gemelos y con adopciones, en donde hay mayor concordancia con los familiares biológicos. Además hay que señalar la importancia de tratar a los familiares de un paciente que ha cometido suicidio.

6.5 El suicidio una de las principales causas de muerte

El comportamiento suicida puede ocurrir totalmente como resultado de una enfermedad mental y cuando dicha enfermedad ha mejorado es poco lo que pueden hacer el psiquiatra y la trabajadora social. Sin embargo, cuando el paciente sufre perturbaciones del carácter, especialmente si van emparejadas con adicción a drogas o alcohol, y el acto ha sido precipitado por acontecimientos sociales, el plan de tratamiento se vuelve mucho más complejo. Diversos estudios han determinado que el suicidio en la población mundial se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte, y se estableció además, que aproximadamente mil 100 personas se suicidan

cada día en el mundo y que lo intentan cientos de miles, independientemente de su geografía, cultura, religión, posición socioeconómica, entre otras.

En Estados Unidos de América, el suicidio es la tercera causa de mortalidad en personas de 15 a 34 años, y la novena causa de mortalidad general, llegando a 31,284 defunciones para el año 2000. Con una proporción de aproximadamente 16 intentos por cada suicidio consumado. Más personas mueren por suicidio que por homicidio. El sexo más afectado es el masculino, sin embargo las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres.

Desde hace unos 150 años se han ido recogiendo observaciones clínicas sobre actos suicidas en niños de 2 a 14 años, pero la información sobre la prevalencia de estos actos en la población infantil es escasa.

Estudiosos, con una muestra de escolares de 6 a 12 años, indican que el 11,9% tenía alguna forma de conducta suicida: un 8,9 expresaba ideas de suicidio, y un 3% había realizado tentativas de suicidio. A los dos años se les evaluó de nuevo, el 17,9% había tenido ideas de suicidio y el 1,5% había realizado tentativas de suicidio. La prevalencia aumentaba progresivamente con la edad.

6.6 problemática para la detección del suicidio en menores de edad

El fenómeno del suicidio presenta una serie de problemas para su detección, ya que en primer lugar, al realizar un análisis desde el punto de vista de la medicina forense, los profesionales que efectúan las necropsias, al realizar su labor, solo ven lo relativo a la manera de la muerte basándose en las señales de violencia o heridas que presentan los cadáveres de las víctimas y del análisis de cada uno de los órganos de los mismos, concluyendo los respectivos diagnósticos, en los que únicamente refieren, que la persona falleció por heridas producidas por arma blanca, arma de fuego, politraumatismo, infección, asfixia por suspensión o asfixia por inmersión, según el caso; es decir que a través de la necropsia médico legal no se establece que la causa

de la muerte ocurrió por suicidio. En segundo lugar, la cantidad real de muertes consumadas por suicidio en menores de edad, no se refleja en las estadísticas oficiales, debido a dos razones a definir:

- a) En Guatemala el suicidio en los menores de edad es poco conocido epidemiológicamente, porque al igual que otros países se tiende a no clasificar los suicidios como causa de muerte en los niños menores de edad, aunque es frecuente se encubre con el diagnóstico de muerte accidental, probablemente por la actitud de rechazo a aceptar la muerte voluntaria en la infancia.
- b) Que las autoridades durante el proceso de investigación, califican el acto de suicidio de un menor como homicidio o asesinato, debido a la falta de iniciativa o de interés en realizar una investigación objetiva.

6.7 Ausencia de legislación específica que proteja a los menores de edad contra el suicidio

Como se indicó en el capítulo IV del presente trabajo, el Código Penal Guatemalteco, contempla en su Artículo 128, la inducción o ayuda al suicidio y al realizar el análisis e interpretación de dicha norma, podemos establecer que el mismo incluye dos supuestos: a) Quien induce a otro al suicidio, y b) Quien le preste ayuda a otro para cometerlo; pero el concepto inducción no se encuentra precisado ni ampliado para efectos de su aplicación en forma objetiva, ya que el Artículo 17 del mismo cuerpo legal, contempla la instigación entre los conceptos de conspiración, proposición y provocación; concepto único que resulta insuficiente como protector específico contra el suicidio; muy por el contrario en el concepto ayuda, se sobreentiende que consiste en cooperar para que otra persona se suicide.

Dicha norma es aplicable sólo a personas que poseen mayoría de edad y como ya se indicó en reiteradas ocasiones, el suicidio se define como la decisión de una persona de quitarse la vida por su propia mano; entonces ¿qué ocurre con los niños

y adolescentes que inducen a otros a suicidarse? El suicidio es un comportamiento auto destructivo intencional; sus raíces etimológicas provienen de *sui*, que significa a sí, y *caedes*: muerte, es decir, la muerte dada así mismo. Pese a considerarse como un acto personal, las relaciones sociales son un factor importante en su causalidad, y el suicidio constituye un acto de agresión hacia los demás, ya que en él subyace el deseo de culpar a una persona, a la familia a o la sociedad.

6.8 Medidas para orientar y prevenir el suicidio

El hecho de que una persona tome una actitud de menosprecio a la vida contra su propia existencia, es una falta a los principios de los valores del ser humano. El Estado está obligado en esos casos a brindarle ayuda profesional. Las estrategias de prevención para el suicidio en niños y adolescentes deben de implementarse dentro de tres dominios, que son: La escuela, la comunidad y los sistemas de información.

El Estado de Guatemala, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe proyectar y ejecutar programas para orientar y ayudar a los padres de familia a detectar síntomas de ideas o pensamientos suicidas en los menores de edad; estamos convencidos de que los niños son la principal riqueza de un país (es un recurso humano no renovable), por lo que no se debe escatimar esfuerzos en la inversión de proyectos para prevenir dicho flagelo.

Las medidas asistenciales y preventivas deben llevarse también por medio de la familia y las amistades, ya que ellas integran redes de apoyo con que puede contar un menor de edad con conflicto de ideas suicidas.

Con relación a la creación de programas de prevención del suicidio en escuelas, estos deben incrementar el nivel de alerta del comportamiento suicida para facilitar la comunicación y preparar al adolescente en la identificación de compañeros en riesgo y emprender una acción responsable.

Sabiendo que los programas de control y prevención para un problema de salud deben de ser congruentes con la realidad, es el objetivo principal de este estudio.

6.9 Fases de la conducta suicida en menores de edad.

La conducta suicida se origina por trastornos psicológicos, sociales, económicos, políticos y religiosos, por lo que de manera general se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida, en tres momentos:

1. Infancia problemática, caracterizada por eventos vitales negativos, tales como abandono paterno, hogar desintegrado, muerte por conducta suicida de seres queridos, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etcétera.
2. Recrudescimiento de los problemas previos con la incorporación de los propios de la edad, como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etcétera.
3. Etapa previa al acto suicida que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado en la rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de manera creativa apareciendo los mecanismos autodestructivos.

Así también, se debe tomar en cuenta de que la conducta suicida pasa por cuatro fases que son:

- 1) Ideación suicida
- 2) Amenazas
- 3) Intentos (de leves a muy severos)

4) Suicidio consumado

6.10 Algunas medidas recomendables para identificar y prevenir factores de riesgos suicidas

Como aporte al presente trabajo, a continuación me permito presentar una serie de medidas que pueden servir para identificar y prevenir factores de riesgo suicidas en niños y adolescentes.

Para el manejo de la crisis suicida en la infancia, es necesario:

- a. En primer lugar, la participación de los padres, quienes deben velar por sus hijos para el cuidado potencial.
- b. En segundo lugar, la participación del niño o adolescente en conflicto, quien debe ser responsable de no dejarse vencer por estados depresivos ni de los pensamientos que le infunden sus compañeros o las influencias de grupos de delincuentes.
- c. En tercer lugar, la participación de las escuelas en donde niños y adolescentes deben recibir enseñanza de principios y valores morales, para impedir estos actos.
- d. Y en cuarto lugar, la participación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que debe activar programas de prevención.

A pesar de la falta de un perfil del joven suicida, es importante recalcar que existen una serie de síntomas que nos pueden orientar y ayudar a identificar cuáles son los posibles niños y adolescentes que se encuentran en riesgo suicida, esto con el fin de prevenir dicho evento; por lo que los padres deben estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio:

- Cambios de los hábitos de dormir y comer.
- Retraimiento de sus amigos, familia o de las actividades habituales.
- Actuación violenta, comportamiento rebelde o escaparse de la casa.
- Uso de alcohol y drogas.
- Abandono poco usual de la apariencia personal.
- Cambios pronunciados en su personalidad.
- Aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse.
- Pérdida del interés en sus pasatiempos.
- Poca tolerancia de elogios o los premios.
- Quejas frecuentes de dolores físicos como dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven.

Otras señales importantes que deben de hacernos sospechar cuando un adolescente está contemplando el suicidio, son:

- ✓ Quejarse de ser malo o de sentirse abominable.
- ✓ Lanzar indirectas como, no les seguiré siendo un problema, nada me importa, para molestarse o, no te veré otra vez.
- ✓ Poner en orden sus asuntos, como por ejemplo regalar sus posiciones favoritas, limpiar su cuarto.

- ✓ Ponerse muy contento después de un período depresivo.
- ✓ Decir yo me quiero matar o morir.
- ✓ Tener síntomas de psicosis (alucinaciones o pensamientos extraños).

Para identificar los factores de riesgo suicida, es importante incidir en estos para prevenirlos. A continuación se destacan los siguientes, inherentes en el propio niño.

- a. Concepto de muerte.
- b. Funcionamiento cognitivo (tipo de pensamientos).
- c. Depresión.
- d. Agresividad.
- e. Falta de comunicación.

A continuación se describen algunas afecciones que sirven para identificar la depresión infantil y que pueden desencadenar ideas o tentativas suicidas:

- a) Afecta diferentes aspectos (nivel cognitivo, nivel afectivo, nivel motriz).
- b) Se acostumbra a apreciar tanto el principio como el final.
- c) Afecta el humor: El niño se siente triste, llora con facilidad, es incapaz de encontrar disfrute en diferentes cosas que antes le hacían sonreír.
- d) En el aspecto cognitivo apreciamos que su cognición, sus pensamientos

están distorsionados, parece haberse alterado la capacidad de comprensión y la capacidad de atención.

- e) En el aspecto psicomotor se cansan sin motivo y su actividad desciende a pasos agigantados.
- f) Se perciben también aspectos psicósomáticos: Alteración del sueño, alteración en el comer, pérdida de apetito, cefaleas, vómitos, enuresis o dolores abdominales.

Como factores protectores del suicidio, podemos indicar los siguientes:

- ❖ Poseer habilidades sociales, que le permitan integrarse a los grupos propios de la adolescencia en la comunidad, en forma positiva.
- ❖ Poseer confianza en sí mismo, para lo cual debe ser educado, destacando sus éxitos, superando los fracasos.
- ❖ Tener capacidad de autocontrol sobre su propio destino.
- ❖ Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia y perseverancia.
- ❖ Aprender a perseverar cuando la ocasión lo requiera y a renunciar cuando sea necesario.
- ❖ Tener buena autoestima, auto-imagen y suficiencia.
- ❖ Desarrollar inteligencia y habilidades para resolver problemas.
- ❖ Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a la madre, el

padre, los abuelos, familiares, un buen amigo, los maestros, el médico, el sacerdote o el pastor.

- ❖ Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir a la persona más adecuada.
- ❖ Ser receptivo en las nuevas evidencias y conocimientos para incorporarlos a su repertorio.
- ❖ Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- ❖ Mantener buenas relaciones interpersonales con compañeros de estudio o trabajo, amigos, así como figuras significativas.
- ❖ Tener apoyo de la familia y sentir que se les ama, se les acepta y apoya.
- ❖ Evitar el consumo de sustancias adictivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etcétera).
- ❖ Saber expresar a personas confiables, aquellos pensamientos dolorosos, desagradables, incluyendo las ideas suicidas y otras, por muy descabelladas que pudieran parecer.

CONCLUSIONES

1. El Código Penal Guatemalteco en su Artículo 128, contempla la inducción o ayuda al suicidio, pero dicha norma sólo es aplicable a personas que poseen mayoría de edad y no contempla lo relativo a hechos aplicables a menores de edad, pese a considerarse como un acto personal, pero que también constituye un acto de agresión hacia los demás, ya que en él subyace el deseo de culpar a una persona, a la familia o a la sociedad;
2. El suicidio en menores de edad en la ciudad de Guatemala es un fenómeno que pasa desapercibido, debido a que el mismo presenta una problemática para su detección, lo que impide que la cantidad real de muertes por tal naturaleza, ocurrida en niños y adolescentes, no se refleje exactamente en las estadísticas oficiales.
3. Los adolescentes experimentan ciertos sentimientos de estrés, confusión, dudas sobre sí mismos, presión para lograr el éxito o inquietudes financieras, por lo que las tentativas de suicidio en niños y adolescentes se producen como una forma de solucionar sus problemas, situación determinada por una condición psíquica, especialmente vulnerable a las distintas formas de violencia (social, familiar e individual), lo que hace que estos ejecuten actos por decepción, depresión o por llamar la atención.
4. El suicidio en niños y adolescentes es una tragedia que afecta, al individuo, a la familia, amigos y a la sociedad.
5. Entre las personas que cometen suicidio, más de dos tercios, han sufrido de enfermedad maníaco-depresiva. A pesar de la reciente evidencia de estos estudios, el potencial letal de la enfermedad maníaco-depresiva es todavía subestimado, por la concepción errónea de que el suicidio no es una

expresión patológica de esta enfermedad, por el contrario, es una reacción existencial y volitiva ante circunstancias adversas de la vida.

6. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), determinaron que el suicidio en la población mundial se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte, pero que en varios países latinoamericanos, ocupa el tercero o quinto lugar.
7. La ausencia de una legislación específica, protectora de menores de edad contra el suicidio, permite el crecimiento acelerado de ideaciones y conductas suicidas en menores de edad.

RECOMENDACIONES

1. El Estado de Guatemala, como garante de la vida, la seguridad, la libertad y el desarrollo integral de las personas, debe crear los mecanismos necesarios para proteger a los niños y adolescentes contra este flagelo que está eliminando vidas útiles a la sociedad.
2. En virtud de la ausencia de legislación vigente positiva y específica que proteja a niños y adolescentes contra el suicidio, resulta necesario que el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, proyecte y ejecute programas para orientar y ayudar a los padres de familia a detectar síntomas de ideas o pensamientos suicidas en sus hijos menores de edad y no se debe escatimar esfuerzos en proyectos para combatir las causas y factores que incitan a los menores de edad a suicidarse.
3. Las estrategias de prevención y medidas asistenciales para el suicidio en niños y adolescentes, deben ser implementadas por el Estado de Guatemala, principalmente dentro de tres dominios, como son: El sistema de salud, la escuela y la comunidad; pero para que éstas sean eficaces, es necesaria una adecuada comunicación entre quienes toman decisiones políticas, aquellos que ejerzan programas de prevención y los que los realizan y en tal virtud se deben perseguir objetivos generales, tales como la identificación de casos y el tratamiento o reducción de factores de riesgo.
4. El Estado de Guatemala, a través de las instituciones respectivas, debe velar porque las personas encargadas de dictaminar sobre la manera de la muerte de menores de edad, a través de necropsias, revelen la causa real en que ocurrió la misma, para así tener estadísticas oficiales objetivas y exactas sobre suicidios en menores de edad.

5. El Estado de Guatemala, debe tomar con seriedad el fenómeno de los pensamientos suicidas, ya que desde las ideaciones hasta las tentativas de suicidio en niños y adolescentes se producen como una forma de solucionar sus problemas, porque el sentimiento de desesperanza, de abandono, de incapacidad para afrontar una situación les hace creer que los demás no perciben su necesidad.

6. El Estado de Guatemala está obligado a brindar ayuda profesional y tomar medidas para orientar y prevenir el suicidio, ya que cuando los menores de edad toman una actitud de menosprecio a la vida contra su propia existencia, se debe a la falta de principios y valores en ellos. En consecuencia el Estado debe desarrollar a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un programa específico encaminado a determinar la dimensión del problema, actualizar estadísticas, detectar factores de riesgo y técnicas de manejo.

ANEXO

CANTIDAD DE MUERTES POR SUICIDIO, EN MENORES DE EDAD, DURANTE LOS AÑOS 2002 Y 2003 EN LA CIUDAD DE GUATEMALA. REGISTRADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

Base	Guatemala						
Cuenta de IDC		Año 2002		Total 2002	Año 2003		Total 2003
		Sexo	Sexo		Sexo	Sexo	
Muerte: suicidio	Edad víctima	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
	12	1		1			
	13				1	2	3
	14		1	1	1		1
	15	1		1	2	2	4
	16	1	1	2		2	2
	17	3		3	4	2	6
	18	3		3	3		3
Total Suicidios		9	2	11	11	8	19

CANTIDAD DE MUERTES POR SUICIDIO, EN MENORES DE EDAD, DURANTE LOS AÑOS 2004 Y 2005 EN LA CIUDAD DE GUATEMALA. REGISTRADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

Base	Guatemala						
Cuenta de IDC		Año 2004		Total 2004	Año 2005		Total 2005
		Sexo	Sexo		Sexo	Sexo	
Muerte: suicidio	Edad víctima	Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
	12	1		1			
	13		2	2	1		1
	14				1		1
	15	1	2	3		1	1
	16	1		1			
	17	1	1	2	2	1	3
	18	1	2	3	2		2
Total Suicidios		5	7	12	6	2	8

Fuente: SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ESTADÍSTICA NUMÉRICA DE CASOS DE MUERTE DE MENORES DE EDAD, POR ASFIXIA, POR AHORCAMIENTO, POR ASPIRACIÓN Y POR SOFOCACIÓN, DEL AÑO 2002 AL 2005 EN LA CIUDAD DE GUATEMALA.

AÑO 2002 Y 2003

Edad	Diagnostico Médico	Año 2002		Total 2002	Año 2003		Total 2003
		Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
11 años	Asfixia por ahorcamiento						
	Asfixia, aspiración y sofocación	1		1			
12 años	Asfixia por ahorcamiento	2		2			
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	2		2			
13 años	Asfixia por ahorcamiento				1	1	2
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	1		1	1	2	3
14 años	Asfixia por ahorcamiento						
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	1		1	1		1
15 años	Asfixia por ahorcamiento					1	1
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	2		2	1	1	2
16 años	Asfixia por ahorcamiento	1		1			
	Asfixia, aspiración y sofocación						
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	1	2	3			
17 años	Asfixia por ahorcamiento	1	1	2	1		1
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	3	1	4	5		5
Total				19			15

Fuente: SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

AÑO 2004 Y 2005

Edad	Diagnóstico Médico	Año 2004		Total 2004	Año 2005		Total 2005
		Masculino	Femenino		Masculino	Femenino	
11 años	Asfixia por ahorcamiento	1		1			
	Asfixia, aspiración y sofocación	1		1			
12 años	Asfixia por ahorcamiento				1		1
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	1		1			
13 años	Asfixia por ahorcamiento		1	1		1	1
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)		1	1			
14 años	Asfixia por ahorcamiento	2		2		1	1
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)		1	1	2		2
15 años	Asfixia por ahorcamiento		1	1		1	1
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	2	3	5			
16 años	Asfixia por ahorcamiento		1	1			
	Asfixia, aspiración y sofocación						
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)	1		1			
17 años	Asfixia por ahorcamiento	2	2	4	1	1	2
	Asfixia, ahorcamiento (estrangulamiento)		2	2	1	2	3
Total				44			22

Fuente: SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ESTADÍSTICA NUMÉRICA DE MUERTES DE MENORES DE EDAD, POR DIVERSAS CAUSAS, OCURRIDAS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DEL AÑO 2002 AL 2005, ENTRE LAS CUALES SE HALLAN VARIOS CASOS DE SUICIDIO PERO FUERON CALIFICADOS DE MANERA DIFERENTE.

AÑO 2002 Y 2003

CAUSA	Edad	Año 2002		Total 2002	Año 2003		Total 2003
		Femenino	Masculino		Femenino	Masculino	
Homicidio	11	3		3	2		2
	12				3	1	4
	13	5	1	6	4	3	7
	14	9	2	11	15	6	21
	15	30	7	37	32	3	35
	16	32	7	39	65	4	69
	17	55	9	64	83	3	86
	18	60	3	63	83	6	89
Total		194	29	223	287	26	313
Accidente	11	7	1	8	2	1	3
	12	2		2	2		2
	13	1	2	3	7		7
	14	5	3	8	2	1	3
	15	6		6	4	1	5
	16	3	3	6	8	1	9
	17	8	1	9	4	2	6
	18	6	1	7	12	2	14
Total		38	11	49	41	8	49
Causa Natural	11	8	7	15	8	6	14
	12	6	3	9	13	8	21
	13	11	4	15	7	4	11
	14	3	5	8	5	8	13
	15	10	8	18	6	12	18
	16	11	9	20	12	7	19
	17	7	8	15	16	12	28
	18	7	10	17	15	9	24
Total		63	54	117	82	66	148

Fuente: SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

AÑO 2004 Y 2005

CAUSA	Edad	Año 2004		Total 2004	Año 2005		Total 2005
		Femenino	Masculino		Femenino	Masculino	
Homicidio	11	3	1	4			
	12	2	1	3	1		1
	13	5		5	1	1	2
	14	6	7	13	16		16
	15	30	7	37	15	2	17
	16	78	7	85	28	2	30
	17	68	12	80	28	3	31
	18	76	10	86	42	3	45
Total		268	45	313	131	11	142
Accidente	11	2		2		1	1
	12	7		7	1		1
	13	1	1	2		1	1
	14	3		3	2		2
	15	12	2	14	3		3
	16	3	1	4	3	2	5
	17	11	2	13	7	1	8
	18	9	1	10	5	1	6
Total		48	7	55	21	6	27
Causa Natural	11	4	5	9	4	3	7
	12	7	6	13	6	5	11
	13	12	10	22	4	5	9
	14	6	4	10	6	4	10
	15	15	3	18	7	5	12
	16	9	8	17	6	5	11
	17	17	11	28	10	2	12
	18	9	8	17	13	3	16
Total		79	55	134	56	32	88

Fuente: SIGSA, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ESTADÍSTICA NUMÉRICA DE MUERTES DE MENORES DE EDAD, POR DIVERSAS CAUSAS, OCURRIDAS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA, DEL AÑO 2002 AL 2005, ENTRE LAS CUALES SE HALLAN VARIOS CASOS DE SUICIDIO PERO FUERON CALIFICADOS DE MANERA DIFERENTE.

DEPARTAMENTO	SUICIDIOS
Alta Verapaz	36
Baja Verapaz	15
Chimaltenango	25
Chiquimula	30
El Progreso	9
El Quiché	16
Escuintla	27
Guatemala	50
Huehuetenango	28
Izabal	11
Jalapa	7
Jutiapa	19
Petén	9
Quetzaltenango	16
Retalhuleu	15
Sacatepéquez	20
San Marcos	16
Santa Rosa	14
Sololá	11
Suchitepéquez	13
Totonicapán	9
Zacapa	6
TOTALES	402

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

BIBLIOGRAFÍA

- ALISTAR MUNROM, M.D. y WALLACE MCCULLOCH, M.Sc. **Manual para trabajadoras sociales**. 5ª. ed. (s.l.i) Ed. Continental, S.A. 1984.
- CABANELLAS, Guillermo. **Diccionario de derecho usual**. Buenos Aires, Argentina. Ed. Heliasta S.R.L. (s.e.), 1976.
- CARRILLO, Arturo. **Lecciones de medicina forense y toxicología**. 3ra. ed. (s.l.i.) Ed. Universitaria, 1981.
- DE LEÓN VELASCO, Héctor Aníbal y DE MATA VELA, José Francisco. **Derecho Penal Guatemalteco**. 8ª. ed. Guatemala (s.e.) 1996.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas**. Barcelona, Ed. Salvat.,1954.
- Diccionario de la lengua española**. Real Academia Española. Madrid, 19. ed. Ed. Espasa Calpe, S.A. 1970.-
- ESTRUCH, Joan y CARDÚS, Salvador. **Los suicidios**. Barcelona Ed. Herdez. 1982.
- GISBERT, J. **Medicina legal y toxicología**, publicaciones médicas y científicas. Valencia (s.e.) 1979.
- GÓMEZ MÉNDEZ, Alfonso. **Delitos contra la vida y la integridad personal inducción y ayuda al suicidio**. 3ª. ed., Universidad, externado de Colombia (s.e.) 1998.
- ICITAP. **Crímenes violentos**. MIRANDA Associates. Washington (s.e.) 1990.
- IRAHETA, M. **Apuntes de medicina forense**. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, USAC. Guatemala (s.e.) 1998.
- LÉON, Lucrecia. **Prevalencia epidemiológica del intento de suicidio**. Guatemala, Ed. Arte, 2001.
- MORA, C. **Manual de medicina forense**. Unión Tipográfica. Guatemala,(s.e), 1947.
- OSSORIO, Manuel. **Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales**. Ed. Heliasta. S.R.L. (s.e.), 1981.
- PONCIANO GÓMEZ, Isaías. **Tanatología forense** 3ª. ed. Guatemala, (s.e.) 1990.
- PUBLICACIÓN OFICIAL de la Asociación Costarricense de Medicina Forense. **Medicina Legal de Costa Rica**, Vol. 8, San José Costa Rica, (s.e.), (s.f.).
- RAFFO, O. **La muerte violenta**. Buenos Aires, Ed. Universitaria, 1980.

- SALAZAR, Carlos. **Epidemiología del suicidio**. Guatemala, Ed. Garve, 1997.
- SARRÓ, Blanca y DE LA CRUZ, Cristina. **Los suicidios**, (s.l.i.) Ed. Martínez Roca, S.A., 2000.
- SIMONÍN, C. **Medicina legal judicial**. Barcelona, Ed. Jms. 1982.
- STEPHEN, Merson, M-D. **Depresión guía práctica para entender y manejar esta enfermedad**. (S.l.i.), Ed. Norma, 1997.
- TELLO FLORES, Francisco Javier. **Colección Textos Jurídicos Universitarios**. Guatemala, Ed. Harla. (s.f.)
- TREJO, Miguel Alberto. **Manual de derecho penal, delitos contra los bienes jurídicos de las personas**. Publicación realizada por el proyecto de reforma judicial auspiciado por la agencia del Gobierno de Estados Unidos para el desarrollo internacional USAID. El Salvador, (d.e.), 1993.
- VARGAS, A. **Aspecto médico-legal del suicidio**. San José, Costa Rica, (s.e.), 1970.
- VARGAS, E. **Medicina legal** 2ª. ed, San José Costa Rica. Ed. Lehman, 1983.

Legislación:

- Constitución Política de la República de Guatemala**. Asamblea Nacional constituyente de 1986.
- Código Civil**, Decreto Ley 106 Enrique Peralta Azurdía, Jefe de Gobiernos de la República de Guatemala, 1963.
- Código Penal**, Decreto 17-73 (y sus reformas), del Congreso de la República de Guatemala.
- Código Procesal Penal**, Decreto 51-92 del Congreso de la República de Guatemala.
- Código de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia**, Decreto Número 27-2003, Alfonso Portillo Cabrera, 2003.
- Código de la Salud**, Decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala.
- Convención Americana Sobre los Derechos del Niño**.
- Declaración Universal de Derechos Humanos**.