

# Observando a través de la muerte

Luis Alberto Ramírez Ortegón<sup>1</sup>

## Resumen

*Introducción:* Hechos violentos reflejan las condiciones integrales que, en materia de salud, presenta nuestra sociedad. Estas cifras constituyen la retícula desde la cual se pueden prever los factores de riesgo que pueden y deben ser considerados al implementar políticas de intervención y prevención en violencia. *Objetivo:* Presentar y correlacionar algunas de las actividades periciales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, en los últimos siete años, para lo cual se seleccionaron cuatro variables: homicidio, suicidio, violencia doméstica y abuso sexual. *Resultados:* Se observó una sensible disminución en el número homicidios, suicidios y experticias sobre violencia doméstica durante el bienio anterior, lo cual no ocurrió en el delito sexual, que se incrementó en un 65,8% del período revisado. *Conclusión:* La red de vínculos de la unidad familiar que se extienden al ámbito social, enfrenta y amalgama agresiones internas y externas muy desfavorables, por lo que el pronóstico en materia de salud individual y social es muy reservado; requiere con carácter urgente una intervención multidisciplinaria eficaz.

**Palabras clave:** violencia doméstica, homicidio, maltrato a los niños, suicidio.

**Title:** Observing through Death.

## Abstract

*Introduction and objectives:* This article groups and relates the experts' activities reported by the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences of Colombia in the last seven years, regarding homicide, suicide, domestic violence and sexual abuse. *Results:* A sensitive decrease is observed in human losses during the last two years. This is not the case for sexual offenses which increased 65.8%. This is a form of abuse intimately related to the structure and performance of the family system. *Conclusion:* The bond network built within this unit, stretching into the social environment, faces very unfavorable internal and external aggressions; for this reason, prognosis is reserved in reference to social health. Effective and multidisciplinary interventions are required.

**Key words:** Domestic violence, homicide, child abuse, suicide.

---

<sup>1</sup> Médico, psiquiatra de Niños y Adolescentes, subdirector de Investigación Científica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

## Introducción

La conducta violenta tiene múltiples formas de expresión, sea ésta a través de objetos o símbolos con significados e intenciones diversas; siempre dirigida al sujeto tanto hacia la primera persona como hacia la totalidad de la comunidad. Tal violencia deja improntas materiales, físicas, biológicas, psíquicas, culturales y sociales por medio de las cuales es probable conocer, denunciar e investigar la relación víctima-victimario-entorno y sus consecuencias, entre las cuales la muerte como resultado de ella es difícil ocultar.

Los datos conocidos son presentados oficialmente a través de la actividad pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) y se han dado a conocer en Colombia a través de la revista *Forensis. Datos para la Vida*, desde 1998 hasta 2005 (1-7). Así, las tasas de homicidio, suicidio, violencia doméstica y abuso sexual en Colombia reflejan la tendencia de algunas conductas violentas (véase Tabla 1).

La revisión de los datos contenidos en la tabla, establece la tendencia a la disminución en el volumen de dictámenes realizados por INMLCF en los últimos dos años, en conductas como el homicidio, suicidio y violencia doméstica, no así en el abuso sexual.

## Los fracasos

La variable *maltrato*, en la modalidad de abuso sexual, generó un incremento progresivo y notable del 65,8% en el número de dictámenes entre los años 1998 y 2004. Durante el primer trimestre del 2005, la Dirección Regional Bogotá realizó 18.383 dictámenes de lesiones personales, y 1.870 sexológicos (véanse gráficos 1 y 2).

El maltrato tiene complejas y múltiples connotaciones en lo mental, lo físico, lo cultural, lo social y lo epidemiológico, y con mayor frecuencia está dirigido hacia las mujeres y a los rangos de edad donde la vulnerabilidad emocional y física es mayor: niños y ancianos:

Maltrato es toda acción pasiva o activa, que conduzca a una agre-

Tabla 1. Total dictámenes por año del INMLCF

Año	Homicidio	Suicidio	Violencia doméstica	Delito sexual
1998	22.182	2.046	62.147	11.791
1999	23.209	2.089	62.123	12.485
2000	25.681	2.070	68.585	13.542
2001	27.685	2.056	69.681	13.352
2002	28.534	2.041	64.979	14.421
2003	22.172	1.938	62.431	14.239
2004	18.888	1.817	59.770	17.912

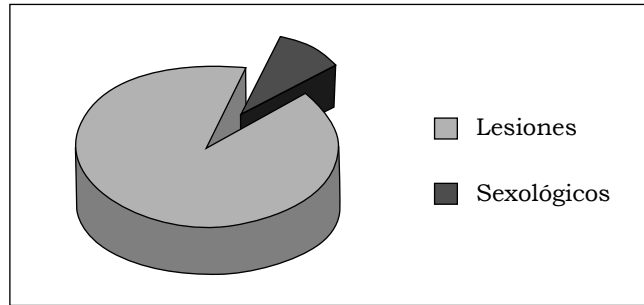
Datos: Forensis (1998-2004), CRNV e INMLCF, Colombia.

sión, abuso o descuido físico, psicológico o social, infringido hacia cualquier persona en condiciones de vulnerabilidad e indefensión, el cual viola sus derechos y cuyos efectos pueden entorpecer o alterar el desarrollo normal y la salud. (8)

El estudio del maltrato lo inició el patólogo Ambroise Tardieu en 1868 (9), cuando desde su cátedra legista en París publicó 32 autopsias

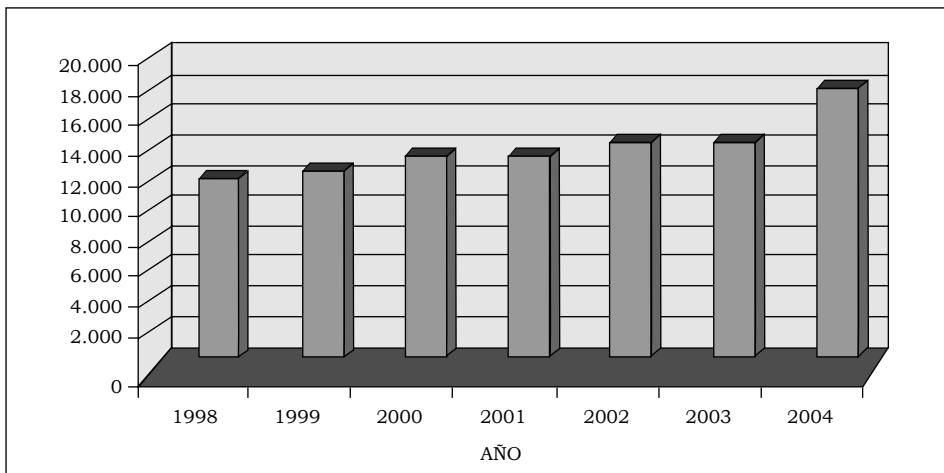
de niños muertos por golpes y quemaduras. Posteriormente, Johnson Ch. (10), en Londres, describió múltiples fracturas en niños que hacían dudar de un posible raquitismo, y John Caffey, 1946 (11), estableció la relación entre hematomas subdurales por trauma de cráneo y fracturas de huesos largos presentes en niños sometidos crónicamente a maltratos. Henry Kempe (12), en 1962,

Gráfico 1. Dictámenes sexológicos: primer trimestre de 2005, regional Bogotá



Datos: Regional Bogotá del INMLCF.

Gráfico 2. Maltrato: dictámenes de abuso sexual



Datos: Forensis (1998-2004), CRNV e INMLCF, Colombia.

propuso la expresión *síndrome de niño golpeado*, que en la actualidad es válida por su múltiple etiología. Subyacen cuatro condiciones asociadas al maltrato:

En primer lugar, el *medio*, caracterizado por deficiencias económicas agudas, que en América Latina alcanzan índices de pobreza extrema hasta en un 58% de los menores de cinco años, según la CEPAL (13); desintegración en el 30% de las familias, y carencia de alimentos, con un 36% de niños menores de 2 años en riesgo alimentario. Se estima que anualmente 190.000 niños mueren por enfermedades prevenibles ligadas a la pobreza (14-15). Además, el estudio y la recreación en Latinoamérica se ven interrumpidos porque cerca de 22 millones de niños trabajan (reporte de la OIT); por el abandono total o parcial del hogar por parte de la mujer, debido a la vinculación laboral obligada, como cabeza de familia, o por abandono de la pareja, multiparidad, embarazos no deseados, patrones educativos inadecuados, y por la concentración de grandes poblaciones de migrantes o en desplazamiento forzado hacia centros urbanos, cuya infraestructura tiene pocas probabilidades de ofrecer garantías de vida adecuada y saludable con una población que alcanza los 2,5 millones en América Latina (16).

En segundo lugar, el *maltratante*, quien frecuentemente ha sido sometido a malos tratos en su infancia, aparte del consumo

de sustancias tóxicas, trastornos mentales, posesividad y agresividad extremas.

En tercer lugar, el *menor*, quien al no llenar las expectativas de sus padres, por presentar deficiencias intelectuales, fallas en el desarrollo psicomotor, trastornos por déficit de atención con hiperactividad o sin ésta, se le estigmatiza como *niño problema*. En hogares desintegrados, el pequeño frecuentemente está expuesto a relaciones abusivas con el padrastro o algún familiar, quienes hasta en un 85% de los casos son los perpetradores del abuso sexual (17-19), con la consecuente sexualización traumática, pérdida de confianza, indefensión y estigmatización que producen distorsión del autoconcepto, de la percepción del mundo, de la capacidad afectiva de la víctima, y que hacen que surjan problemas de conducta.

Por último, la *crisis*, cuando la comunicación no se ha establecido o se rompe en el hogar, el colegio y con sus pares (20-22).

A partir de lo anterior, se define una ventana crítica para el desarrollo humano, que requiere indemnidad neurobiológica y de los demás sistemas, los cuales le permiten al niño presentar ante sus cuidadores un repertorio complejo y completo de expresiones emocionales y gestuales que pueden ser leídas como aceptables y generar empatía. Las tareas y destrezas del aprendizaje social son especialmente sensibles hasta alcanzar la juventud.

Se hace necesario revisar algunas consideraciones en torno a los efectos que sobre el menor produce el maltrato y cómo éste se puede expresar a través de conductas con proporciones delincuenciales, las cuales cambian a lo largo de la vida y se modifican en las diferentes etapas del desarrollo. Se sabe que este grupo de niños tienen 2 a 8 veces más probabilidades de presentar trastornos mentales —como depresión o trastorno por estrés postraumático— que la población general (23-24).

La victimización es un tipo de experiencia vital negativa en la que el victimario viola las reglas sociales y códigos con actos violentos, traición o coacción en una relación establecida sin esos códigos de comportamiento. La injusticia, presente en la relación de autoridad o poder y que usualmente se encuentra entre el menor y su victimario, se expresa con agresiones que, además, pueden provenir de fuentes no judicializables, como la inflingida por los hermanos, compañeros del colegio, estados tiránicos, amigos y pares a través de apodos, golpes, exclusiones, rechazos y expulsiones que perturban la totalidad del proceso de socialización.

Por lo tanto, la opinión del sentido de justicia, moralidad, imparcialidad, seguridad personal y confianza en las relaciones humanas afectan la esfera cognitiva, así como la actitud, que se expresa a través de actos de racismo, con francos

y abiertos ejercicios de violencia dirigida hacia el género, grupos de niños, familias e indígenas marginados. Igualmente, se manifiesta en espacios urbanos distintos a los de su pertenencia cultural o legal, y contra minorías sexuales y migrantes, bajo cualquier argumento.

La exposición a los malos tratos afecta gravemente las esferas emocional y afectiva. Produce graves alteraciones en la respuesta de control de las emociones, dificulta alcanzar la calma frente a estrés de mediana intensidad, entorpece el empleo de estrategias cognitivas básicas en la creación de soluciones a problemas ordinarios que involucran el paso de un estado emocional a otro, deteriora el aprendizaje —debido a que éste se adquiere de manera disociada u olvidando consistentemente lo que no se debe evocar por traumático o doloroso— y genera dificultades para inhibir su propia agresividad, creando condiciones propicias para el aislamiento, la timidez, el temor frente a extraños y la preocupación excesiva, lo cual se refleja en el daño que se produce en el desarrollo de habilidades psicológicas, sociales, morales, culturales, tanto en la víctima como en el grupo donde ella se encuentra.

Es frecuente que hayan atribuciones hostiles o negativas tanto hacia sus propios actos como a los errores sociales ordinarios, los cuales son percibidos como francas agresiones o mala intención del entorno contra estas víctimas (fenómeno

ampliamente observado durante los años inmediatos a la posguerra).

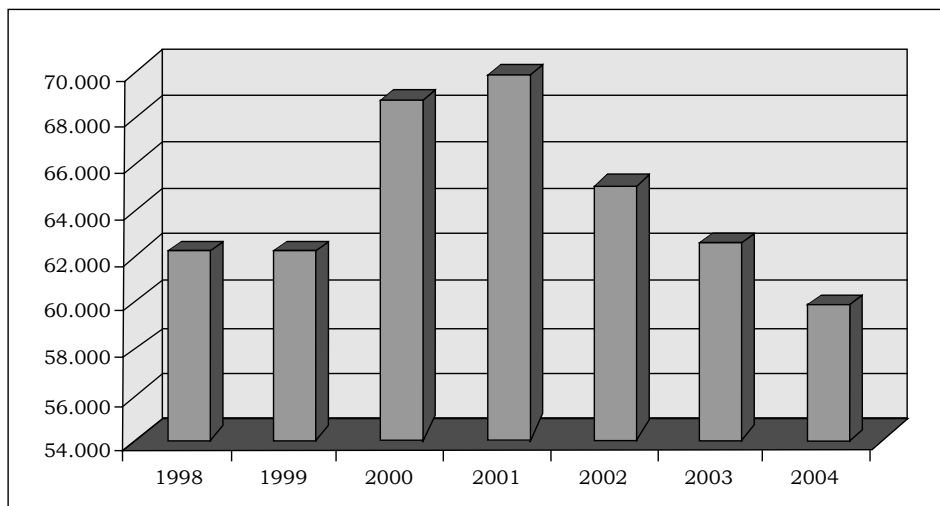
De manera general, el maltrato afecta el rendimiento escolar; de hecho, los informes sobre el tema (20) señalan que el 37% de los adolescentes entre los 15 y los 19 años deserta. Lo hacen antes de terminar la primaria el 50% y la tasa de escolaridad promedio es de 5,2 años, con bajas calificaciones en promedio. La tasa de desocupación de los jóvenes entre 15 y 24 años es mayor al 30%. Cerca del 70% abandona el hogar por malos tratos y reinciden en conductas infractoras cerca del 40%, grupo del cual hasta un 7% mueren de manera violenta. Durante la adolescencia, este grupo presenta grave disminución en su autoestima, inclinación a ver el mundo negativamente, aptitud

social baja y tendencia al comportamiento violento y antisocial.

La violencia “es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitables. Una característica singular de la misma es su capacidad para multiplicarse y extenderse, con sus dinámicas y consecuencias” (25-26). Es un problema universal, grave, muy costoso y está en constante aumento (véase Gráfico 3).

En Estados Unidos, cada día mueren cerca de 20 personas víctimas de homicidio, ejecutado en el 96% de los casos por jóvenes portadores de armas. Dadas estas cifras, este hecho se ha convertido en un problema de salud pública que ha obligado a realizar estudios (22), en los que se encontró que la disfunción familiar y escolar

Gráfico 3. Dictámenes de violencia doméstica



Datos: Forensis (1998-2004), CRNV e INMLCF, Colombia.

estaban virtualmente presentes en todos los sujetos.

Frecuentemente, en este grupo de edad se encontraron historias de abuso, violencia temprana, arrestos y abuso sexual violento. La hiperactividad que acompaña al trastorno por déficit de atención y al trastorno disocial, el síndrome disfórico de la fase luteínica descrito a partir de actos violentos perpetrados por la mujer alrededor de la menstruación, así como los rasgos y evolución hacia la personalidad antisocial, que se caracterizan por la impulsividad, agresión generalizada, destrucción, fraudulencia y robo, violación a las normas, alteraciones en la conducta frecuentes y riesgo de consumo de sustancias tóxicas, alcanzan su pico de manifestación clínica en la adolescencia a través de conductas maladaptativas o violentas (27-30).

También se encontraron diferencias significativas en la clasificación de los grupos criminales y la edad de sus víctimas, la relación entre éstas y sus victimarios y el coeficiente intelectual. Este grupo de edad está excluido de la pena de muerte en países donde está vigente, y dado que los procesos y procedimientos penales en la administración de justicia los juzga y castiga de manera benevolente respecto a los adultos, las organizaciones delincuenciales los secuestran, reclutan, entrenan, obligan e involucran mediante diversos mecanismos a realizar actividades al margen de la ley.

El ámbito familiar es el medio propiciador de todas las formas de violencia posibles, porque es el lugar donde se expresan con mayor facilidad y bajo condiciones de poder (conferido por la "autoridad") todas las frustraciones y agresiones que no tienen opciones de manifestarse aceptablemente y de manera controlada: "Si la sociedad está en peligro, no es a causa de la agresividad del hombre, sino de la represión de la agresividad individual de los individuos" (27).

En el interior de la familia ocurre con mayor frecuencia el abuso sexual con intimidación o sin ésta, con consentimiento o sin éste, mediante engaños o sometidos a la relación de autoridad, a través de amenazas de actos violentos, así como por medio del empleo de medios que vulneran la conciencia. La mayor frecuencia de estos delitos radica en el mismo padre o en familiares adultos cercanos, y hasta un 20% de los casos por otros menores de edad, siempre en condiciones de desigualdad entre la víctima y el agresor (31).

Estas conductas involucran al menor como un objeto sexual para que el agresor se estimule a sí mismo, al niño o a otras personas (32) y que, por lo tanto, están tipificadas por los códigos de todos los países del mundo y para los cuales se prevén sanciones específicas de acuerdo con las características de la conducta punible en cualquiera de sus modalidades: agresión, abuso, acoso, exhibicionismo, provocación,

inducción a la prostitución, corrupción de menores, pornografía y turismo sexual infantil (33), es decir, todas las que estén relacionadas con libertad sexual e integridad corporal entre otros.

Tanto en Estados Unidos como en España y la mayoría de países que presentan estadísticas sobre estos hechos (34-36), se encuentra que hasta un 38% de la población ha sido víctima de abuso sexual en la infancia; el 40% son niños; sólo el 2% de los casos se conoce en el tiempo en que ocurren los hechos; el 70% presenta cuadro clínico a corto plazo, y el 30%, a largo plazo, y existe concurrencia del 15% de abuso sexual entre las víctimas de otras formas de maltrato. Se advierte la necesidad de asumir la responsabilidad colectiva del cuidado de los menores, educar y promover estrategias para que el menor sea escuchado, aprenda a denunciar las agresiones y a los agresores, pero también que los agresores sexuales deban asumir tanto la responsabilidad de sus actos como los mecanismos terapéuticos para el abandono de estas conductas.

La necesidad de intervención terapéutica se debe orientar a la activación de estrategias que aseguren la minimización de los riesgos, atenuar la reacción adversa de la familia frente a los hechos e incorporar un apoyo mutuo e integral.

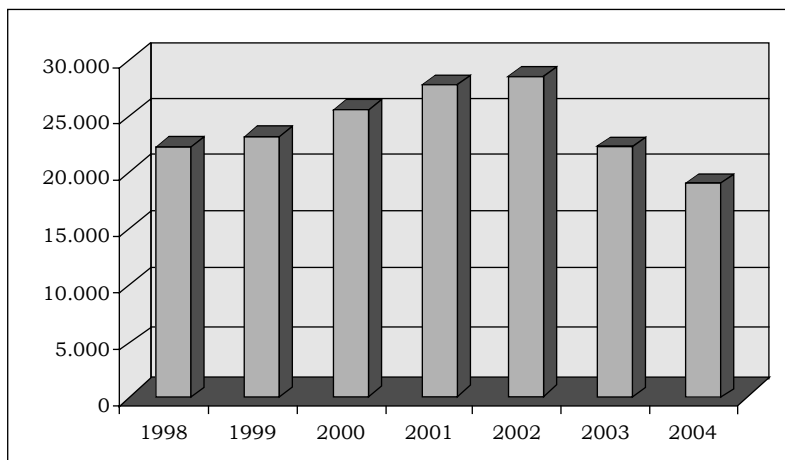
De estas observaciones y de una amplia bibliografía y experiencia clí-

nica, se desprende la estrecha relación que guarda la conducta violenta con la reproducción de los hechos—esta última observada en edades posteriores de la vida en sujetos que fueron expuestos a la misma durante su infancia— y que generen comportamientos violentos (37). Éstos se traducen en tasas elevadas de homicidio en espiral ascendente, como un fenómeno recurrente que tiene raíces en situaciones violentas generadas tanto en la familia nuclear como en la extensa, y que se expresa con agresiones dirigidas hacia sí mismo o hacia los otros, como se puede observar en la homogeneidad de las cifras de muertes violentas por homicidio y suicidio, presentadas en la Tabla 1.

### Las pérdidas

El homicidio en Colombia (Gráfico 4) representa el 63,4% de las muertes violentas por politraumatismo. Dentro de éstas, el empleo de arma de fuego estuvo presente en el 80% de los delitos cometidos en la vía pública urbana, y de ahí que se constituyan en la primera causa de muerte en personas jóvenes entre los 15 y los 44 años en edad productiva. No obstante, esta cifra representó en el 2004 una disminución significativa en comparación con los reportes consignados durante toda la década previa (7).



Gráfico 4. *Dictámenes de homicidio*

Datos: Forensis (1998-2004).

El INMLCF registra los hechos trágicos y la conducta violenta en Colombia, a través de datos y estadísticas que reflejan el profundo y arraigado malestar que vive la sociedad, y relaciona a todos sus miembros directa o indirectamente, transfiriéndoles por contigüidad o continuidad sus efectos por edad, género, intereses, características e identidades regionales, culturales, étnicas, familiares, psicológicas y familiares.

Según informes de la UNICEF, la Defensoría del Pueblo y el Banco Interamericano de Desarrollo, en Colombia existen siete millones de niños maltratados. Además, mueren entre 7 y 15 menores, víctimas de homicidio. “De tres millones de niños involucrados en el rigor de la guerra fratricida, un 18% de ellos ha matado, el 60% ha visto matar, el 70% ha

visto cadáveres mutilados y el 18% ha visto torturar” (38).

En Colombia se registran alrededor de dos millones de desplazados de sus lugares de origen, masacres y destrucción de nichos ecológicos (39), indicadores que se relacionan de forma estrecha con la injusticia, la falta de seguridad y la corrupción. En Colombia, un homicida tiene una probabilidad de más de un 90% de jamás ser castigado, es decir, sólo alrededor del 4% de los homicidas son sentenciados y condenados. Con la reciente puesta en marcha del sistema acusatorio (40) y durante los primeros 100 días de funcionamiento se reflejó un decremento del 3,5% en el volumen de congestión en la administración de justicia para delitos como el hurto calificado y agravado, tráfico, fabricación y porte de estupefacientes entre otros.

El Reporte Semanal de Seguridad Latinoamericana (41-42), del 30 de julio de 2004, señalaba como países peligrosos a Venezuela, Colombia, Bolivia y Ecuador, aludiendo los conflictos armados, el homicidio y el asalto a mano armada como los factores de mayor riesgo. Los informes de violencia en América Latina reflejan el efecto pronunciado de esta condición prevalente que afecta al 23% de la población, que abandona hábitos y actividades cotidianas, salir de noche, viajar, ir de vacaciones a destinos de riesgo, lo cual se traduce en menoscabo de la cohesión social y disminución de los ingresos para las productoras de bienes y servicios en turismo. En estos países, el 75% de los delitos no son denunciados y se registra sólo un delito por cada cuatro que se cometen, con el uso de violencia física o moral, con la presencia y uso de armas de fuego en al menos el 44% de las víctimas.

La seguridad ciudadana es una preocupación que está por encima de la crisis económica y del desempleo. La integridad física y patrimonial se encuentra en constante riesgo y amenaza por la delincuencia, donde el 9% de los hogares ha sido víctima de algún delito en alguno de sus miembros y cada minuto 54 familias son víctimas de robo, lo cual representa pérdidas cercanas al 14% del PIB latinoamericano (43). En países como México se presentan más de 1.500 secuestros por año, que sólo representan un tercio de los reportados. En la década de

los noventa, se incrementó el número de denuncias y por cada una de ellas hay cuatro que no conoce la autoridad competente; la explicación es que no hay confianza en los organismos administradores de justicia (44).

En el informe presentado por el Federal Bureau of Investigation (FBI) y el Departamento de Justicia de Estados Unidos (45), en 1996, se registró el arresto de 102.231 menores de 18 años por crímenes violentos, de los cuales 1.344 eran menores de 10 años. Además, reportó que 6.610 crímenes fueron cometidos por jóvenes entre los 10 y los 12 años. Además, que al menos la mitad de las escuelas públicas en Estados Unidos, en el curso de un año, han informado, mínimo, un incidente criminal con sus estudiantes, cuya etiología está en la exposición a violencia familiar o comunitaria local, ausencia de alguno de los padres o de redes de apoyo, dificultades en los vínculos familiares o redes, presencia y disposición de armas de fuego, con las que se estima que se comete el 63% de los homicidios en todo el mundo y 80% en América Latina, así como la mayoría de los suicidios.

La disponibilidad de sustancias tóxicas entre los jóvenes latinoamericanos ha observado una disminución en la edad de inicio y un incremento significativo en el consumo. Los cannabinoides pasaron del 3,6% al 9,8%, y la cocaína del 0,4 al 2,1% de la población consumidora, lo cual

representa un auge en el comercio y tráfico de sustancias ilegales. Esta situación genera urgencia de control entre grupos locales e incrementa el número de homicidios relacionados con el tráfico de estupefacientes, al alcanzar en algunos países las 5.000 víctimas desde los años ochenta (46).

Como consecuencia directa de la violencia, se estima que hay 650.000 presos en América Latina (47) en condiciones de hacinamiento extremo superiores al 120% de la capacidad carcelaria, con juicios no concluidos, lo cual genera guerras, motines y violencia interna. Así, en una cárcel el riesgo de morir violentamente es 25 veces mayor y la probabilidad de suicidio es 8 veces mayor que en el espacio urbano.

Los escenarios y libretos de violencia se han trasladado de lo político a lo territorial y del área rural al ámbito suburbano y urbano, como se ha observado en Ciudad Neza y Tlahuac, del D.F. en México; las favelas, en Brasil, y Ciudad Bolívar y Kennedy, en Bogotá. Es evidente que el empobrecimiento y la desigualdad; la exclusión educativa, sanitaria y laboral de la población en edad productiva (más del 20% de la población joven) y con grandes necesidades; la demanda creciente del consumismo, que no puede ser cubierta en ese sector por medios lícitos, son la causa primaria de la violencia. Según datos de la CEPAL del 2000, para 1998, en 18 países de la región, el salario mínimo fue

menor que el disponible para la década de los ochenta, por lo que el número de pobres es superior a los 220 millones, donde el 24% de la población latinoamericana vive con menos de 1,08 dólares/día. Por ejemplo, en Guatemala más del 50% de la población se encuentra en esta situación.

El desempleo (48) alcanzó el 9% global y el empleo informal ha llegado al 7% para la población productiva, con un deterioro significativo de los ingresos en 9 de los 13 países. Esto incrementó la población de indigentes en 18,2% y de pobres no indigentes en 42,5%, población que para el 2003 estaría rondando los 100 millones de indigentes y los 225 millones de pobres en América Latina. Con estos datos se ha establecido que hay, por lo menos, 50 millones de latinoamericanos con algún grado de desnutrición. Se agrega que el 30% de los niños no han alcanzado a culminar la educación primaria a los 14 años y que de cada 100 niños que ingresan al primer grado escolar sólo 15 llegan a noveno grado en países como Brasil, Colombia, Bolivia o Perú, en tanto en Haití, República Dominicana o Guatemala sólo 6 niños alcanzan los 9 años de educación escolar.

Como se puede observar, este es un panorama generalizado para los países latinoamericanos que, en suma, enfrentan cuatro grandes problemas: (i) crecimiento lento e irregular, (ii) pobreza persistente, (iii) injusticia social y (iv) inseguri-

dad personal. Estas experiencias cotidianas y ordinarias están provocando conmoción, descontento y desconfianza, sin que haya renuncia a la democratización y a la participación civil que no alcanza aún a ser equilibrada, oportuna, equitativa y participativa, por lo que el elevado riesgo de implosión regional o local es un estado latente y se observa en días recientes, a través de las protestas en Ecuador, Bolivia y Venezuela.

Sea que el crimen se sitúe en referencia a un orden simbólico, un determinismo psíquico y orgánico, un acto doloso o culposo con libre albedrío y voluntad plena; a la disolución de la estructura y disfunción del sistema familiar; como producto de la historia personal y colectiva de una región o Estado; se presente como una fórmula regularizada de lenguaje violento que produzca efectos psíquicos y físicos duraderos y consistentes tanto al individuo como a la comunidad; represente segmentos de un ideario o sistema de creencias para una cultura en particular; constituya la forma visceral de experimentar la administración de justicia: sea que represente la apropiación de la vida perdida y cobrada de los suyos a través de los otros, de un aprendizaje continuo, propiciatorio y comórbido desde temprana edad para ejercer el oficio delictivo; como la recurrencia del castigo a la culpa o el síndrome del desposeído, esta conducta tipo constituye uno de

los mayores problemas de nuestro tiempo y, como nunca antes, ha permeado todas las estructuras de la sociedad, no por novedoso, sino por las dimensiones catastróficas en lo humano, económico, social, así como por la proporción epidemiológica que éste ha alcanzado en el curso del último siglo y por los efectos nocivos que ha generado en el colectivo del andamiaje mundial.

### **Las salidas**

El suicidio ha acompañado al hombre en casi todas las culturas (49), en las que ha sido revisado tanto desde sus perspectivas como desde la reacción social producida. En Occidente, durante los siglos VII y VIII, la Iglesia católica castigó el suicidio, y en el siglo XIII santo Tomás de Aquino le atribuyó al suicidio una inspiración demoniaca y un pecado contra Dios. Seis siglos después, en 1820, el médico Falret describe el suicidio como el resultado de un trastorno mental, y en 1838 Esquirol refiere el acto suicida como una consecuencia de una crisis afectiva (50).

A finales del siglo XIX, Morselli y el sociólogo francés E. Durkheim (50) fundamentan las teorías sociológicas que explican y previenen el suicidio, “promoviendo el sentido de pertenencia de los individuos a un grupo o a una comunidad”.

El suicidio provoca cerca de la mitad de las muertes violentas en todo el mundo, con cifras cercanas

al millón de víctimas por año y que podrían ascender a 1,5 millones para el año 2020, cantidad mayor a la suma de 500.000 homicidios y 230.000 por guerra. Representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad con pérdidas económicas muy superiores a las producidas por otras enfermedades.

Las tasas más altas se presentan en países europeos como Austria, Bélgica, Francia, Dinamarca y Finlandia, con tasas entre 30 y 40 por 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 24 años de edad. En Francia, aproximadamente, hay unos 12.000 suicidios por año, donde se encuentran presentes en alto porcentaje el alcohol y las drogas. Las tasas más bajas se presentan en América Latina, entre musulmanes y en algunos países asiáticos, sin que se disponga de información suficiente sobre África (51).

Diariamente en el mundo hay entre 8.000 y 10.000 intentos de suicidio, de los cuales entre el 20% a 50% tienen historia de intentos previos y unos 1.000 lo consiguen. Entre 15% y 30% de los que se autolesionan repiten el intento antes del primer año, y 1% a 2% logró el suicidio entre 5 y 10 años después de la primera tentativa.

Aparte de lo anterior, constituye la décima causa de muerte en países desarrollados y en Estados Unidos es la undécima, 1,7 veces más elevada que la tasa de homicidio. Afecta entre 2 y 4 veces más a hombres que a mujeres, aun cuando ellas

son quienes con mayor frecuencia lo intentan. En Europa, el suicidio alcanza tasas de 800 a 1.000 por 100.000 habitantes por año, según los reportes de la Organización Mundial de la Salud (52).

El suicidio entre jóvenes en Estados Unidos ha alcanzado el 64% de la población entre 15 y 24 años de edad, por lo cual constituye la tercera causa de muerte en los jóvenes ubicados en el rango de los 15 y 24 años de edad, y es la sexta causa de muerte en niños entre 5 y 14 años (53), así como en la población mayor de 65 años (divorciados y viudos, deprimidos, en aislamiento social), quienes emplearon armas de fuego, sustancias tóxicas y ahorcamiento como mecanismos letales.

En Colombia (7), el suicidio (Gráfico 5) tuvo su mayor porcentaje en los grupos de 12 a 34 años de edad y en los mayores de 70 años, para ambos géneros, con una tasa global de 4 por 100.000 habitantes. Esto representa una disminución del 6% respecto al 2003. El mecanismo usado fue la intoxicación (mayor frecuencia en mujeres), arma de fuego y la asfixia mecánica —usada con mayor frecuencia en hombres, donde el motivo predominante (39,6% de los casos) fue el conflicto de pareja dentro del hogar—.

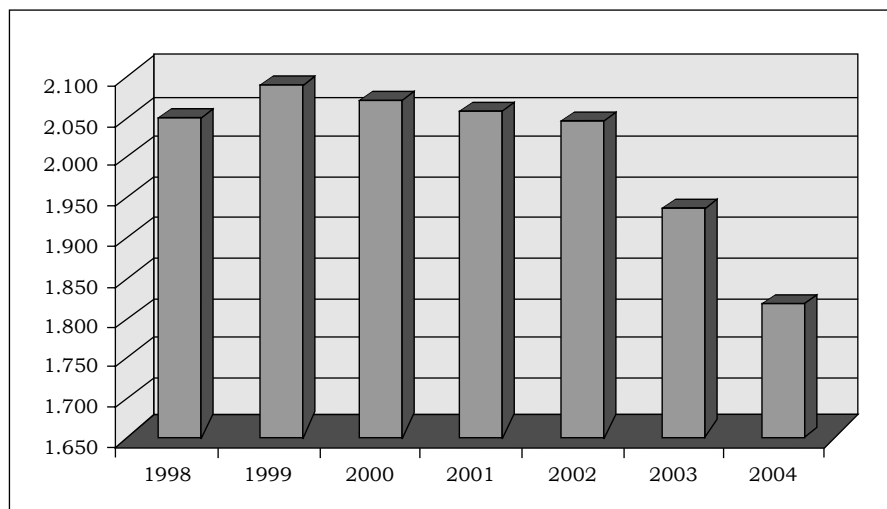
Entre los factores de riesgo para cometer suicidio se consideran los trastornos psiquiátricos en más del 90% de los casos —entre ellos los trastornos del estado de ánimo (15% a 20%), de los cuales las dos terce-

ras partes nunca reciben atención y en mayores de 16 años representa un 3% a 5%, y el síndrome mental orgánico (10%)—; el abuso de sustancias, 15%; la esquizofrenia, 15%, y los padecimientos médicos, como cáncer, sida o cualquier otra enfermedad terminal, 10% a 15% (54).

Entre otros factores de riesgo de salud no tradicionales, se encuentran el consumo agudo de alcohol, el cambio de residencia, las afecciones médicas existentes y las características de conducta suicida impulsiva, asociada con lo que para algunos investigadores está relacionado con la pérdida de valores acaecidos de forma vertiginosa en la última década. Los hallazgos aparecen en un suplemento de *Suicide and Life-Threatening Behavior* (SLTB), órgano informativo oficial de la Asociación Americana de Suicidología (55-60).

Se trate de riesgo, simulación, conducta, actos frustrados, suicidio consumado, parasuicidio (como cortarse las venas o producirse dolor a través de agresiones físicas que no ponen en riesgo la vida, pero son lo suficientemente aparatosas para llamar a la atención) o de accidentes que no tienen una explicación razonablemente aceptable, es este un síntoma y un signo que acompaña en forma consistente la depresión. En el año 2000, más de 264.000 personas fueron tratadas por lesiones autoinflingidas no mortales en los centros de emergencia de los hospitales de Estados Unidos, la mayoría por envenenamiento o laceraciones. El 60% de ellas fueron probables intentos suicidas, después de lesiones intencionales y homicidio (61-62).

Gráfico 5. Dictámenes de suicidio



Datos: Forenses. Datos para la Vida (1998-2004).

Hasta un 5% de todos niños han sufrido alguna vez síntomas relacionados con depresión, que clínicamente es diferente a la del adulto y cuyos síntomas requieren atención y cuidado especiales. Entre ellos se encuentran pérdida de interés en sus actividades favoritas, inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas, aburrimiento persistente, falta de energía y concentración disminuida, tristeza persistente, lloriqueo, llanto profuso y desesperanza, baja autoestima y culpabilidad, sensibilidad extrema ante el rechazo y fracaso, aislamiento social, comunicación pobre, hostilidad o rabietas, así como dolor de cabeza o de estómago (63).

Además, ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios, cambios notables en los patrones de comer y de dormir, deseos o intentos de escapar de casa, pensamientos, expresiones o comportamiento autodestructivo (64) pueden ver exacerbados por imágenes que producen estrés e inducción a la violencia por imitación o incorporación de mensajes o estrategias de solución. La noticia se convierte en “una mirada parcial que transforma lo excepcional en cotidiano y las limitaciones del medio en realidad” (65-67).

### **La psicopatología**

Colombia se ha convertido, entre otros, en un laboratorio social que ha recogido durante más de un

siglo la experiencia médica-forense con la que hoy puede establecer aproximaciones conceptuales en la incubación de conductas violentas desde el interior de la familia, a través del abuso sexual, facilitado por la disfunción de los vínculos y redes de apoyo inestables; ausencia o inversión de los roles en uno o ambos progenitores, o violencia conyugal, que fisura el ámbito doméstico con ansiedad traumática crónica y que se expresa a través de actos punibles en lo moral o en lo jurídico.

Por lo tanto, el despojo y desarraigo consecutivo de la identidad y propiedad con un éxodo inevitable a lo desconocido obliga a reproducir estilos con espacios de vida limitados y obligados a la territorialidad por medios coactivos o violentos en los que la anomia garantiza la vida o se la pierde de manera definitiva, sea a través del homicidio o de la última opción: el suicidio.

### **Referencias**

1. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Medicina legal en cifras: I y II. Bogotá: INMLCF-Forenses Subdirección de Servicios Forenses-Grupo de Estadística; 1998.
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Centro Nacional de Referencia sobre Violencia (CNRV). Forensis 1998-1999: datos para la vida. 1999 Abr:22-138.
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Centro Nacional de Referencia sobre Violencia (CNRV). Forensis 2000: datos para la vida. 2001 Abr:20-141.
4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Centro

- Nacional de Referencia sobre Violencia (CNRV). *Forensis 2001: datos para la vida*. 2002 Oct: 24-191.
5. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Centro Nacional de Referencia sobre Violencia (CNRV). *Forensis 2002: datos para la vida*. 2003 Oct: 13-110.
6. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Centro Nacional de Referencia sobre Violencia (CNRV). *Forensis 2003: datos para la vida*. 2004 Sep: 20-119.
7. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Centro Nacional de Referencia sobre Violencia (CNRV). *Forensis 2004: datos para la vida*. 2005 May: 25-226.
8. Finkelhor D. Victimología infantil: efectos del maltrato. En: Sanmartín J, comp. *Violencia contra los niños*. 3ra. ed. Barcelona: Ariel; 2005. p. 181-202.
9. Caffey PJ, Kempe H, Silverman F, Tardieu AA. Tardieu's syndrome [citado 2005 abril]. Available from: <http://www.whonamedit.com>.
10. Johnson C. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin N Am*. 1990;37:791-812.
11. Caffey J. Muerte extrahospitalaria en menores de 1 año. *Revista Cubana de Pediatría* [serial on the Internet]. 2001 [citado 2004 marzo];37(4). Disponible en URL: <http://scielo.sid.cu>
12. Kempe H. Child abuse: recognize it. Do something about it [article on the Internet]. Denver: Kempe Annual Report; 2004 [cited 2005 abril]. Disponible en URL: <http://www.kempe.org>
13. Briceño-León R. La nueva violencia urbana en América Latina [article on the Internet]. [citado 2005 marzo]. Disponible en URL: [revsocio@ifch.ufrgs.br](mailto:revsocio@ifch.ufrgs.br).
14. Comisión Interamericana de Derechos del niño. Costa Rica; 1994.
15. Uribe N. Foro responsabilidad penal juvenil [on the Internet]. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia; 2002 [citado 2005 mayo]. Disponible en URL: [numero@elsitio.net.co](mailto:numero@elsitio.net.co)
16. Ramírez L. Mito y violencia. Procedente de el XI Congreso Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2002 octubre. Manizales, Colombia.
17. Gonzalvo O. Indicadores de maltrato infantil. *Guías clínicas de atención primaria*. España. 2002;2(44).
18. Ramírez L. *Violencia doméstica. Maltrato: evidencias de un malestar cultural*. Texto procedente de los Seminarios Subespecialidad en Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Universidad El Bosque; 2002-2004. Bogotá, Colombia.
19. Vélez LF. *Crimen y violencia*. Estudios en Colombia. Washington: Banco Mundial; 2001.
20. Ramírez LA. *Delincuencia juvenil en Colombia*. Texto procedente del XI Foro Neuro-psicopedagógico, Mejor Infancia. 2004 octubre 1-2. Bogotá, Colombia.
21. Organización de los Estados Americanos (OEA). *Lucha contra el delito y prevención de la delincuencia*. Washington: OEA; 1997.
22. Kliksberg B. *Desafíos éticos de América Latina*. Texto procedente de la Conferencia expuesta en 2004 marzo 25-26 [on the Internet]. Lima, Perú [citado 2005 abril]. Disponible en URL: <http://www.iadb.org/etica>
23. Batthyány K, Cabrera M, Macadar D. El enfoque del género en el análisis de la pobreza. *Revista del Sur* [serial on the Internet]. 2005 Ene-Mar [citado 2005 abril];(159). Disponible en URL: [www.redtercermundo.org.uy/revista\\_del\\_sur](http://www.redtercermundo.org.uy/revista_del_sur)
24. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. *Víctimas de abuso sexual en la infancia*. En: *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores*. Barcelona: Ariel; 2000. p. 41-77.
25. Finkelhor D. Victimología infantil: efectos del maltrato. En: Sanmartín J, compilador. *Violencia contra los niños*. 3ra. ed. Barcelona: Ariel; 2002. p. 181-202.
26. Ramírez L. Trastorno por estrés posttraumático. En: Franco A, Piñeros S. *Temas de psicología evolutiva y psiquiatría infantil: desde el modelo biopsicosocial: 1*. Bogotá: Panamericana; 2005.
27. Ochoa V: *Contra la delincuencia juvenil, prevención general*. (Citado en Marzo 2005) Disponible en URL: <http://www.hiperactivos.com>
28. Franco S, Forero J. *Salud y paz en un país en guerra*. *Forensis*. Datos para la Vida. 2004;18(1):9-20.



29. Myers W, Scott K, Burgess A, Burgess, AG. Psychopathology, biopsychosocial factors, crime characteristics, and classification of 25 homicidal youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995;34(11):1483-9.
30. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995. p. 82-99.
31. Becker K, Stuewig J, Herrera VM, McCloskey La. A study of firesetting and animal cruelty in children: family influences and adolescent outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jul;43(7):905-12.
32. Bola A. Nigeria: violence against women must stop [on the Internet]. [citado 2005 mayo]. Available from: <http://www.amnesty.org>
33. Régimen Penal Colombiano, libro I, título I, Ley 599 de 2000 Art.1. Bogotá: Legis; 2004.
34. Casas J, Rodríguez S. Agresiones y abusos sexuales. En: Manual de medicina legal y forense. Madrid: Colex; 2000. p. 1149-61.
35. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual infantil. Intervención con la familia. En: Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel; 2000.
36. Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Aspectos jurídicos y forenses del abuso sexual infantil. En: Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Ariel; 2000.
37. Winnicott D. La agresión en relación con el desarrollo emocional 1950-1955. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 1999. p. 275-94.
38. Morrison A. Informe mundial. Crimen urbano en A. Latina. Geneva: WHO; 1999.
39. Montoya M. ¿Seremos capaces de salvaguardar nuestras crías? Ponencia procedente de la audiencia pública sobre niñez. 2001 agosto 19. Manizales, Colombia.
40. Osorio L. Informe de gestión de la Fiscalía General de la Nación. Bogotá: Fiscalía; 2005.
41. Pizarro E, Bejarano A. ¿Hacia un estado fracasado? En: Beyond armed actors a look at civil society [homepage on the Internet]; 2003 Spring [citado 2005 junio]. Disponible de URL: <http://www.andi.com.co>
42. Rifkind M. Small arms control in Central América. Solving problems. IANSA 1999-2004 [Hosted in Dolphin server at Positive Internet. Website]. [citado 2005 Marzo]. Disponible en URL: <http://www.armorgroup.com>
43. Erlik J. Informe del conflicto armado colombiano. En: Beyond armed actors a look at civil society; 2003 Spring [citado 2005 junio]. Disponible de URL: <http://www.andi.com.co>
44. Zepeda LG. Crisis social y económica. México: CIDAC-INEGI-UNICRIM-HEUNI- Centro de Investigación para el Desarrollo-ONU; 2005.
45. Subcommittee on Early Childhood, Youth and Families of the Committee on Education and the Workforce House of Representatives One Hundred Fifth Congress Second Session Hearing Held in Washington, April 28, 1998.
46. Convención Interamericana contra la Fabricación y el Tráfico Ilícito de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y otros Materiales Relacionados. CIFTA, IANSA 1999-2004.
47. Hall G, Patrinos H. Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina [on the Internet]. 1994-2004. México: ICESI-Instituto Ciudadano de Estudios sobre Inseguridad-Banco Mundial [citado 2005 mayo]. Disponible en URL: <http://www.bancomundial.org>.
48. Taibo C. Globalización y sus consecuencias [serial on the Internet]. Revista del Tercer Mundo. 2002 [citado 2005 marzo]. Disponible en URL: <http://www.globalizacion.org>
49. Leo G. Il suicidio: dalla cura all'educazione [on the Internet]. Fondazione Exodus [citado 2005 abril]. Disponible en URL: <http://web.fiscali.it>
50. Durkheim E. El suicidio. Madrid: Akal; 1976.
51. Briceño-León R. La nueva violencia urbana de América Latina. *Sociologías*. 2002 jul-dic;8.
52. Ayala N. Derechos humanos y globalización [on the Internet]. CEPAL; 2003 [ci-

- tado 2005 marzo]. Disponible en URL: <http://www.globalizacion.org/analisis>
53. Gender influences desicions about trust [citado 2005 abril]. Disponible: [www.utexas.edu](http://www.utexas.edu).
  54. Nacional Institute of Mental Health. Anxiety disorders [on the Internet]. [Citado 2004 Sep]. Disponible en URL [www.nim.nih.gov](http://www.nim.nih.gov)
  55. Wallace L, Calhoun A, Powell K, O'Neil J, James S. Homicide and suicide among native americans. 1979-1992. Atlanta: Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades; 2000-2002.
  56. Epidemiología del suicidio en Colombia. SIVIGILA. División de Salud Pública; 1999 [citado 2005 marzo]. Disponible en URL [www.fundamor.org.co](http://www.fundamor.org.co)
  57. Sadowiski C, Kelley N. Social problems solving in suicidal adolescents. J Consult Clin Psychology [serial on the Internet]. 1993 Feb [citado 2005 marzo];61(1):121-7. Available from: <http://www.humanet.com.co>
  58. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Boletín 10 [citado 2005 enero]. Available from: <http://www.aacap.org>
  59. Kessler R, Berglund P, Borges G, Nock M. Trends, in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the US. 1990-2003 JAMA [serial on the Internet]. 2005 [2005 mayo];293:2487-95. Available from: <http://www.suicidology.org>,
  60. Gardner A. Pensamientos suicidas e intentos de suicidio permanecen sin cambios en los EUA. Medline Plus [2005 marzo]. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov>
  61. Brent D, Goldstein C. Risk factor for adolescent suicide. Arch G Psychiatr [serial on the Internet]. 1988 [citado 2005 enero];45:581-8. Available from: <http://www.safeyouth.org>
  62. Weller E, Weller A, editors. Suicide in youth. Depress Anxiety. 2001;14(3):155-6. 62
  63. Ryan N. Depression in children and adolescents. The Nations Voice on Mental Illness. Sep 2003 [citado 2005 marzo]. Available from: <http://www.nami.org>
  64. Torpy J. Suicide. JAMA [serial on th Internet]. 2005 [citado 2005 mayo];293:2558. Available from: <http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/>
  65. Canetto S. Gender issues in the treatment of suicidal individuals. Death Studies [serial on the Internet]. 1994 [citado 2004 noviembre];18:513-27. Available from: <http://www.sg.gov/library/calltoaction/>
  66. Shneidman E, Farberow N, Litman R. The psychology of suicide: a clinican's guide to evaluation and treatment [on the Internet]. Aronson (NY): CDC; 1994 [citado 2005 mayo]. Available from: [www.mentalhealth.org/suicideprevention/](http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/)
  67. Anderson MA, Kaufman K, Simon TR, Barrio L, Paulozzi L, Ryan G, et al. School-associated violent deaths in the United States, 1994-1999. JAMA. 2001;286(21):2695-2702.

*Recibido para evaluación: 28 de julio de 2006*

*Aceptado para publicación: 8 de noviembre de 2006*

Correspondencia

*Luis Alberto Ramírez Ortegón*

*Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses*

*Carrera 7A No. 12-61*

*Bogotá, Colombia*

*[luisramirez5@hotmail.com](mailto:luisramirez5@hotmail.com)*