



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA



TESIS

TEMA:

“MUERTE VIOLENTA POR AHORCAMIENTO EN LA CIUDAD DE
LOJA EN EL PERÍODO ENERO 2009-JUNIO 2011”

AUTORA:

Gladys del Cisne Carpio Zapata

Tesis de grado previa
obtención del título de
Médico General

DIRECTOR:

Dr. Mgs. Richard Jiménez

Loja-Ecuador
2011-2012



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Dr. Mgs. Richard Jiménez.- **DIRECTOR DE TESIS Y
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA;**

CERTIFICO: Que he dirigido y revisado la presente Tesis
titulado: **“MUERTE VIOLENTA POR
AHORCAMIENTO EN LA CIUDAD DE LOJA EN
EL PERIODO ENERO 2009- JUNIO 2011”**. Previa
la obtención del grado de Medica General elaborada
por la Srta. Gladys del Cisne Carpio Zapata; la
misma que cumple con las exigencias
reglamentarias, de forma y fondo; por lo que
autorizó su presentación a la autoridad académica
correspondiente, para los fines consiguientes.

.....

Dr. Mgs. Richard Orlando Jiménez

DIRECTOR

AUTORÍA

Las ideas, versiones, criterios y comentarios vertidos en la presente investigación son de exclusiva autoría y responsabilidad de la autora.

Loja 06 de Junio del 2012.

Gladys del Cisne Carpio Zapata

AUTORA

DEDICATORIA

Quiero dedicar la culminación de la presente tesis a mis padres: Augusto y Dora por haberme brindado su apoyo incondicional, a mis hermanos: Heydi, Danny, Elizabeth, Jorge, Dayana y Jennifer.

A mis hermanos: Gina y Byron y mi abuelito que desde el cielo me han guiado por el camino correcto, de manera muy especial a Dios que es mi guía y mi fortaleza en los momentos difíciles.

Gladys del Cisne Carpio Zapata

AUTORA

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Medicina, que me acogió en sus aulas, a sus Autoridades y Docentes, quienes dieron de sus conocimientos y experiencias para mi formación moral y profesional.

De manera especial, expresó mi reconocimiento y gratitud al Señor Doctor Richard Jiménez, prestigioso Catedrático y Director de Tesis, a quien le debo su sabia asesoría, la misma que me permitió concluir con éxito este trabajo científico-jurídico.

Gladys del Cisne Carpio Zapata

AUTORA.

ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

1. Muerte violenta

2. Ahorcamiento

2.1. Concepto

2.2. Tipos de ahorcaduras

2.2.1. Ahorcadura accidental

2.2.2. Ahorcadura homicida

2.2.3. Ahorcadura por suicidio

2.3. Clasificación

2.3.1. Por la posición del cuerpo

- Ahorcadura completa (cuerpo totalmente suspendido)
- Ahorcadura incompleta (cuerpo con punto de apoyo)

2.3.2. Por la posición del nudo

- Ahorcadura simétrica
 1. Anterior
 2. Posterior
- Ahorcadura asimétrica
- Ahorcaduras típicas
- Ahorcaduras atípicas

2.3.3. Tipos de la lazos

- Duros
- Blandos

2.4. Tipos de ahorcados

2.4.1. Ahorcados blancos

2.4.2. Ahorcados azules

2.5. Etiología

- Suicida
- Accidental
- Homicida
- Postmortal (simulada o de distracción)

2.6. Fases del ahorcamiento

2.7. Signos externos del ahorcamiento

- Fenómenos cadavéricos:
 - Livideces
 - Temperatura
 - Putrefacción
 - Surco del lazo
 - Estiramiento del cuello
 - Inclinación de la cabeza hacia el lado contrario del nudo
 - Ojos desorbitados y derrame sanguíneo
 - Congestión del rostro
 - Otorragia
 - Palidez en la cara

- Lengua sobresaliente
- Emisión de materias fecales
- Livideces en las extremidades inferiores
- Heridas menos graves en codos, manos rodillas, piernas y pies.
- Erección y eyaculación por la contracción de vesículas seminales
- Micción

2.8. Signos internos del ahorcamiento

- En la autopsia del cuello:
 - línea argentina
 - Signo de Martin
 - Signo de Otto
 - Signo de Amussat
 - Rupturas en cartílagos

2.9. Síntomas del ahorcamiento

3. Problemas Médico legales en la ahorcadura

3.1. Diagnostico en la muerte por ahorcamiento

3.2. Como diferenciar si el ahorcamiento fue vital o Posmorten

3.3. Signos que demuestran que el sujeto estuvo colgado

3.4. Signos que indican la asfixia como mecanismo de muerte

3.5. Signos que acreditan que estaba vivo al ser colgado

3.6. Tiempo de agonía

TEMA

**“MUERTE VIOLENTA POR AHORCAMIENTO EN LA
CIUDAD DE LOJA, EN EL PERÍODO ENERO 2009 A
JUNIO 2011”**

2. RESUMEN

Se presenta el estudio de las muertes violentas por ahorcamiento que se han producido en Loja en los dos últimos años, con la finalidad de determinar las circunstancias en las que se produjeron dichas muertes; considerando las siguientes variables: género, edad, método de suicidio y causas.

Como datos más relevantes se encuentran: la muerte violenta por ahorcamiento fue más frecuente (44.44%) en menores de 17 años, prevaleciendo el género masculino en una proporción de 7 a 1.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y finalmente retrospectivo, se revisaron los casos de ahorcamiento producidos en la ciudad de Loja , los mismos que fueron conocidos a través del informe médico legal, obteniendo una muestra de 90 casos comprendidos en el período de enero 2009 – junio 2011.

2.1. ABSTRACT

The study of the violent deaths is presented by ahorcamiento that have taken place in Loja in the last two years, with the purpose of determining the circumstances in those that this deaths took place; considering the following variables: gender, age, suicide method and causes.

As more outstanding data they are: the violent death for ahorcamiento was more frequent (44.44%) in smaller than 17 years, prevailing the masculine gender in a proportion from 7 to 1.

He/she was carried out a study of descriptive type, of traverse and finally retrospective court, the cases of ahorcamiento were revised taken place in the city of Loja, the same ones that were known through the legal medical report, obtaining a sample of 90 cases understood in the period of January 2009 - June 2011.

3. INTRODUCCIÓN

La muerte violenta por ahorcamiento, considerado una de las formas de suicidio, es un fenómeno que ha estado presente en nuestro continente desde épocas muy remotas. La cultura Maya lo consideraba de igual valor que la muerte de las parturientas y de los guerreros muertos en batalla. La OMS considera al suicidio por ahorcamiento dentro de las diez primeras causas de mortalidad, ocupando un tercer lugar en los adolescentes.

En América Latina, en la época actual la muerte violenta por ahorcamiento se perfila como un problema de salud pública con una mortalidad promedio de 4.9 por 100,000 y para Centroamérica de 4.4 por 100,000 habitantes; con mayores índices en Cuba y Nicaragua.

El aumento en el caso de las muertes violentas por ahorcamiento se ha vuelto alarmante en nuestro país en donde, luego de registrarse 15 casos en el 2009 y descender a 9 en el 2010, la cifra se incrementó exponencialmente a 23 para el año 2011 y 18 en los ocho meses y fracción del año actual, considerando las ciudades con mayor índice de mortalidad: Guayaquil y Santo Domingo.

En nuestra ciudad se ha incrementado la tasa de mortalidad por suicidio tomando en consideración que el año 2009 se registraron 22 casos, para el 2010: 35 y en el 2011 hasta el mes de junio 33 casos, teniendo como modalidad la ahorcadura.

Es por ello que se hace trascendental el estudio de esta problemática para tratar de dar protección a la integridad de las personas como tal, en estas condiciones en lo concerniente nos hemos encaminado y enfocado de la siguiente manera: en un primer plano hemos dado conceptualizaciones claves que nos ayudaran a entender en que consiste la muerte violenta, que es el ahorcamiento y los diferentes tipos de ahorcadura, entre los que están la ahorcadura accidental, homicida y suicida.

Luego enfocamos las diferentes posiciones en las que puede quedar el cuerpo del ahorcado, es decir puede ser una ahorcadura completa o incompleta; otro elemento que también es preciso identificar es la posición del nudo por medio del cual podemos visualizar si se trata de una ahorcadura simétrica o asimétrica.

Así mismo otro hecho importante es lo referente a los problemas médico legales, dentro del cual nos referiremos al diagnóstico en la muerte por ahorcamiento y diferenciar si el ahorcamiento fue vital o posmorten.

Al realizar la investigación de campo se puede verificar realmente con la realidad, lo que pasa con el medio que se está investigando profundizando

nuestros criterios respecto a que en nuestra ciudad se están registrando muchos casos de muertes violentas por ahorcamiento.

De esta manera se verifican los objetivos que al respecto contemplan el hecho de determinar ¿cuántas muertes violentas por ahorcamiento se han suscitado en Loja?; así como de establecer ¿cuáles son las edades en las que con mayor frecuencia se dan estas muertes violentas?

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Realizar un estudio médico - crítico y de campo de las muertes violentas por ahorcamiento que se han producido en Loja en los dos últimos años, con la finalidad de determinar las circunstancias en las que se produjo dicha muerte.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Determinar el número de muertes violentas por ahorcamiento que se produjeron en la ciudad de Loja en el período 2009-2011.
- ✓ Identificar las clases de muerte por ahorcamiento que se han suscitado en Loja en los dos últimos años.
- ✓ Establecer, cuáles son las edades en las que con mayor frecuencia se dan las muertes violentas por ahorcamiento; en Loja en periodo enero 2009 a julio 2011.

REVISIÓN DE LITERATURA

1. Muerte violenta

La muerte se define como la abolición irreversible o permanente de las funciones vitales del organismo, en lo que corresponde a la muerte violenta esta se presenta secundaria a una causa externa. Como puede ser a causa de herida por proyectil de arma de fuego, lesiones por arma blanca o bien accidente automovilístico, entre otras.¹

En este apartado es conveniente desde el punto de vista legal clasificar la causa de la muerte violenta en HOMICIDA, SUICIDA o ACCIDENTAL.

El concepto de muerte violenta se debe entender en un sentido amplio del término e incluye cualquier fallecimiento que tenga su origen en un factor externo al individuo, ya sea de origen accidental o voluntario. El suicidio o auto eliminarse, la intoxicación, por ejemplo, según expertos, se incluye evidentemente en este concepto de muerte violenta por lo que, cuando un paciente ingresa cadáver en un servicio de urgencias o fallece en el mismo y se sospecha o se tiene la certeza de que una intoxicación es la causa de la muerte, hay la obligación de comunicarlo a la fiscalía o autoridad competente, para proceder a la autopsia médico-legal.

¹ Lefort Nando, Diccionario Terminológico de Ciencias Forenses, primera edición, editorial Trillas, 1998

2. Ahorcamiento

“El Ahorcamiento, Ahorcadura, Suspensión, o Colgamiento pueden definirse como la muerte producida por la constricción del cuello, ejercida por un lazo sujeto a un punto fijo y sobre el cual ejerce tracción el propio peso del cuerpo.”²

2.1. Concepto

Viene a ser una variedad de asfixia mecánica, por la cual un individuo sujeto por el cuello a un lazo y atado a un punto fijo por encima del plano constrictor, determina por el peso del cuerpo suspendido total o parcialmente, la compresión de los vasos, nervios, órganos del cuello, produciendo la muerte. La suspensión del cuerpo es factor determinante en la calificación de ahorcamiento. Son frecuentes y se presentan mayormente en adultos.

El Dr. Pedro M. Carrillo Olmedo define a la ahorcadura como “el acto de violencia en el cual, el cuello atado por un lazo a un punto fijo y abandonado el peso del cuerpo, ejerce sobre el lazo constrictor un esfuerzo violento, capaz de determinar una pérdida rápida del conocimiento, con cesación de las funciones vitales y finalmente la muerte”³

² Lefort Nando, Diccionario Terminológico de Ciencias Forenses, primera edición, editorial Trillas, 1998

³ Dr. Carrillo Olmedo. Pedro M. MEDICINA LEGAL. Pág. 151-152.

Esta modalidad del proceso asfíctico, como ocurre en los demás tipos de asfixias mecánicas, se produce por el impedimento de la entrada de aire a las vías respiratorias, en este caso, provocado por una constricción del cuello, operada generalmente por una cuerda en forma de lazo corredizo sujeta a un punto fijo por uno de sus extremos y sobre la cual hace tracción el propio peso del cuerpo.

El ahorcamiento representa una de las manifestaciones suicidas más frecuentes, aunque también, atendiendo a su etiología, puede ser accidental o resultar factible para disimular un homicidio.

En el mecanismo de la muerte por ahorcamiento intervienen la asfixia, producida por la compresión de la tráquea y por el rechazo de la base de la lengua por la pared posterior de la faringe –solo 15 Kg. son suficientes para que sobrevenga la muerte por ahorcamiento -la suspensión del cuerpo no es necesario que sea total, puesto que en el ahorcamiento incompleto basta tan solo la presión ejercida por la ligadura-; el shock inhibitorio, el cual se debe al reflejo provocado por la irritación traumática de los nervios del cuello y del simpático peri carotideo; la anemia cerebral brusca, en la que la compresión de las arterias carótidas y vertebrales determinan la interrupción rápida de la circulación cerebral, lo que explica la pérdida repentina del conocimiento, presente desde el principio del ahorcamiento; y además, la muerte puede sobrevenir por síncope cardíaco sobre los cinco a diez minutos.

En algunos casos los latidos cardiacos persisten por horas, pero la supervivencia se hace imposible pasados los primeros ocho minutos.

Desde el punto de vista de la realidad de nuestros días, los médicos nos enfrentamos con carácter esporádico a situaciones donde un paciente intenta quitarse la vida por medio del ahorcamiento o la estrangulación voluntaria, ello constituye una forma especial y bien individualizada de autodestrucción con particularidades en la forma de morir, cuando el intento de autolisis es exitoso, y también con una mezcla variada de complicaciones, que son las que en definitiva enfrentan al intensivista con este tipo de pacientes cuando el intento de autolisis por múltiples razones no es logrado.

Al respecto de los casos de suicidio por ahorcadura o suspensión, el patólogo forense, Dr. José Vicente Pachar, señaló que es una de las formas de asfixia mecánica, y es más frecuente en los hombres, ya que las mujeres prefieren otros métodos de suicidio.

El Dr. Pachar indica que entre los métodos de suicidio más frecuentes y en su orden son: la ahorcadura, el uso de arma de fuego y el uso de arma blanca, aunque aseguró que existe un incremento en el intento de suicidio, aún más que la propia acción de quitarse la vida, sobre todo a través del consumo de sustancias que producen el envenenamiento⁴.

⁴ Rodríguez Vladimir, "1998" El año de la "Soga"

2.2. Tipos de ahorcaduras

Es muy importante distinguir entre el ahorcamiento y la estrangulación. Puesto que en la ahorcadura el sujeto es suspendido por el cuello, el surco tiene que ser completo mientras que en la estrangulación tiende a ser incompleto puesto que lo más común es que se use el instrumento solo en la región frontal. También al aplicar el arma homicida en el cuello tiende a ser horizontal mientras que al ser suspendido a una altura mayor tiende a ser oblicuo⁵.



Dentro de los tipos de ahorcadura encontramos:

⁵ Atlas de Medicina Forense. Pág. 2

2.2.1. Ahorcadura accidental

El ahorcamiento accidental suele ocurrir en jóvenes, por lo general hombres, que buscan refinamientos en placeres sexuales auto eróticos.

Aparentemente, cierto grado de asfixia les causa estimulación sexual, la cual incrementan al buscar sitios aislados, vestirse con atuendos femeninos, rodearse de fotografías pornográficas y encadenarse con masoquismo increíble.

2.2.2. Ahorcadura homicida

La ahorcadura es el mecanismo suicida empleado con mayor frecuencia. Dentro de este tipo de muertes es una rareza que se produzca una decapitación completa⁶.

Cuando el autor de una estrangulación homicida realiza el ataque situándose por cualquiera de los flancos, retaguardia o vanguardia de la víctima, estando ésta inconsciente o si se trata de un recién nacido o de corta edad, es difícil que hallemos signos de defensa por lo que no se registraran indicios, evidencias o huellas que indiquen forcejeo o lucha al momento de la agresión mortal. La presencia de signos vitales van a permitir distinguir entre una suspensión

⁶ Correa Ramírez, Manual Práctico de Antropología Forense, tercera edición, editorial Trillas, 2011

vital y otra postmortal y a veces se tiene que recurrir a la microscopía cuando la autopsia reglada del cuello no muestra signos macroscópicos de vitalidad.

2.2.3. Ahorcadura por suicidio

Es necesario examinar con cuidado la cuerda, cinturón, alambre o cualquier otro medio utilizado como ligadura; sobre todo el nudo de esta última que deja casi siempre una huella profunda en la piel del cuello⁷.

2.3. Clasificación

2.3.1. Por la posición del cuerpo

- **Ahorcadura completa** (cuerpo totalmente suspendido)

El Ahorcamiento puede manifestarse de forma completa cuando queda suspendido sin que la punta de los pies, ni ninguna otra parte del mismo toque el suelo u otro objeto⁸

- **Ahorcadura incompleta** (cuerpo con punto de apoyo)

De forma incompleta en el caso de que el cuerpo roce algún otro objeto

⁷ Wikipedia Criminológica. La enciclopedia de Criminología y Criminalística

⁸ Dra Marrero Mesa Surrianis / Medicina Forense y Legal /Publicado: 21/10/2010

2.3.2. Por la posición del nudo

La manufactura del nudo nos puede indicar la posición de la persona. Estas variedades están condicionadas por la situación del nudo, así:



- **Ahorcadura simétrica**

El colgamiento será simétrico cuando el nudo se encuentra situado en la línea media, por lo que habrá una ahorcadura simétrica anterior y otra posterior.

1. Anterior

El nudo del ahorcado se encuentra en posición anterior cuando se halla en la cara anterior o zona del mentón.

2. Posterior

Y se encuentra en posición posterior, en cambio cuando el nudo está ubicado en la nuca o parte posterior del cuello.

- **Ahorcadura asimétrica**

Asimismo y si el nudo es lateral, el ahorcamiento será asimétrico. Una ahorcadura asimétrica e incompleta determinará que la sangre siga fluyendo a la cabeza por una de las arterias carótidas y desde luego por ambas arterias vertebrales, presentando en consecuencia, el rostro un aspecto congestivo.⁹

- **Ahorcaduras típicas**

Se llama colgadura típica exclusivamente a aquella en que el nudo está situado en la línea media de la parte posterior del cuello. En las ahorcaduras típicas el aspecto sonrosado y apacible del cadáver es más frecuente, pues la compresión

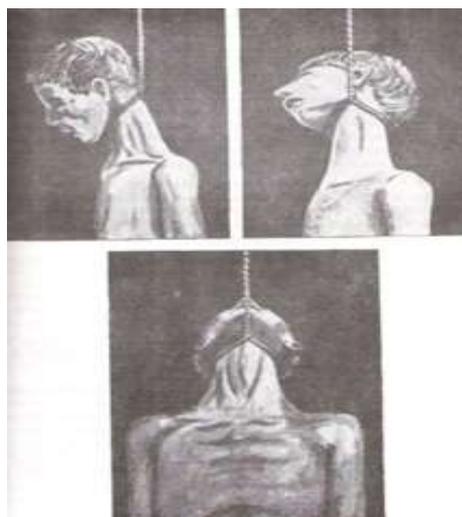
⁹ Gisbert Calabuig. J. A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA. 5ta edición. Pág. 420

de los vasos del cuello es similar en ambos laterales, con impedimento del flujo sanguíneo en todo sentido¹⁰.

- **Ahorcaduras atípicas**

Es cuando el nudo está situado en cualquier otro lugar del cuello, que no corresponda a la típica.

La posición del nudo nos indica el mecanismo de la muerte: nuca, abajo del mentón, o lados del cuello.



2.3.3. Tipos de la lazos

Tanto el lazo como el punto de suspensión son muy variables en los distintos casos de ahorcadura. Como lazo sirve cualquier prenda que sea suficientemente larga y resistente, de cualquier naturaleza, pero flexible. Aunque lo más ordinario

¹⁰ Medicina Legal. Asfixias por ahorcadura. Abril 2005

es el empleo de cuerdas, se han usado también corbatas, pañuelos, cintas, mangas de camisas, sábanas enteras o desgarradas, cortinas, correas, medias, cinturones, hebillas. Thoinot cita haber hecho oficio de lazo "una rama de avellano". Según su naturaleza se distinguen en blandos y rígidos o duros, lo que influirá en el aspecto del surco.

- **Duros**

Los lazos duros pueden no hacer surco cuando se interpone un cuerpo blando. En veinte y ocho casos presentados por **DEVERGIER**, veinte presentaban surco por encima de la laringe. En la profundidad del surco, hay una línea pálida con piel amarillenta, con sufusiones sanguíneas en forma de líneas o puntos.

- **Blandos**

Las características de los elementos compresivos "blandos" son precisamente la débil consistencia y baja dureza de sus materiales, siendo habitualmente géneros o elementos de tela, con superficies amplias, por lo que deben por lo general ser plegados o enrollados sobre sí, abarcando amplias áreas cutáneas del cuello. Los más comunes que hemos registrado son sábanas; cortes de género; toallas; toallones; camisas, pantalones utilizando las mangas o las partes correspondientes a los miembros inferiores; anchos cinturones de tela; y las asas de un bolsón.

El tiempo de suspensión incide, teniendo un papel de importancia en cuanto al resultado de la definición cutánea del surco. Cuanto menor sea el tiempo, menor será la impronta resultante. En casos comprobados de tiempos prolongados de suspensión, se ha visto que aumenta comparativamente más la definición de elementos propios de la signología general asfíctica que la impronta del surco.

La modalidad de la suspensión también juega un rol de trascendencia. En la mayor parte de los casos la suspensión ha sido incompleta, lo que lógicamente conspira contra la mayor definición de la impronta del surco al haber menor fuerza de tracción por el peso del cuerpo. Es decir que, aunando los dos factores descritos, tiempo y modalidad de suspensión; observamos que las mayores dificultades para la identificación del surco se presentan en casos de escaso tiempo de suspensión incompleta.

Las características macroscópicas de los surcos de compresión cervical por lazos "blandos" (en realidad comportan "áreas de impronta") son básicamente las siguientes:

- Área de impronta amplia e irregular, con ancho variable entre sus propios sectores. La delimitación es difusa, casi nunca neta.

- Ubicación por encima del cartílago tiroides.

- Profundidad poco definida y tenue; siendo común la observación de marcas de mayor profundidad del elemento constrictor producto de su enrollado o plegado.

Estas observaciones macroscópicas del área de impronta por lo general es aconsejable complementarlas por medio del examen microscópico.

Los estudios histopatológicos en general pueden constituir un elemento auxiliar de diagnóstico de suma importancia. Pueden brindar un excelente aporte en tres cuestiones diagnósticas fundamentales:

- Para confirmar y complementar microscópicamente las lesiones que se han encontrado en la macroscopía.
- Para detectar alteraciones cuya expresión morfológica puede investigarse únicamente a través de la microscopía.
- Para establecer la vitalidad de las lesiones y, según sea el caso, tratar de determinar el tiempo de evolución de las mismas.

Lossetti investigando casos de ahorcadura suicida en los cuales la víctima utilizó lazos "blandos" para la suspensión; describe los siguientes hallazgos histopatológicos:

- Pérdida del estrato córneo.
- Aplanamiento epidérmico.
- Disrupción de estratos epidérmicos.
- Congestión y micro-extravasación hemática dérmica.
- Infiltración hemática dermo-epidérmica y en músculo cutáneo del cuello.

Debe destacarse que todas esas observaciones se presentaron en grado variable

2.4. Tipos de ahorcados

El aspecto del ahorcado puede presentar un aspecto pálido (ahorcados blancos) ó un aspecto cianótico (ahorcados azules). La interpretación de estas condiciones puede resumirse así:

2.4.1. Ahorcados blancos



Los ahorcados blancos puede tratarse de una ahorcadura típica o un efecto inhibitor con paro cardiorespiratorio. En ellos la muerte es consecuencia de un reflejo inhibitor (shock inhibitor). La compresión vasculo nerviosa lateral se hace por igual, impidiendo la entrada y salida de sangre del cuerpo hacia la cabeza, produciéndose una isquemia cerebral.

El nudo se encuentra situado en la región posterior del cuello (se encuentra en la boca o abajo del mentón) y la cuerda desliza bien, la oclusión de los vasos y de las vías respiratorias se produce rápidamente, dando lugar a la muerte rápida, produciendo una cara pálida.

2.4.2. Ahorcados azules



Los ahorcados azules se observan fundamentalmente en ahorcaduras atípicas por falta de oclusión completa de la arteria carótida en el lado del nudo, con intensa congestión pasiva craneofacial, conformando los caracteres de la máscara equimótica de Morestin.

No existe compresión total del paquete vásculo nervioso, dejando pasar la sangre a la cabeza sin posibilidad de retorno. En ellos predominan la cianosis facial, equimosis subconjuntivales y los trastornos circulatorios. Es frecuente encontrar en ellos el nudo de la ligadura de forma lateral.

2.5. Etiología

La ahorcadura es conocida desde tiempos muy antiguos en sus diversas formas, según la manera de producirse, por lo que plantea problemas policiales diversos de ahí que se deben tomar en consideración cuatro modalidades de ahorcadura.

➤ Suicida

Es uno de los procedimientos más usados en todos los países y épocas para procurarse la muerte. Es más frecuente en el campo que en la ciudad y más frecuente en el hombre que en la mujer. El modo de ejecución varía con cada caso de especie.

El sujeto en estos casos adopta actitudes especiales, que le van a permitir asegurar el fin de su existencia. Cuando a un sujeto se le encuentra ahorcado, lo primero que hay que pensar es en suicidio, aún en presencia de muchas lesiones existentes; así, en la literatura médica, tenemos el caso de LORAIN, autor que encontró un cadáver con 115 heridas con arma cortante y sin embargo, por los caracteres que presentaba la víctima, se concluyó que era suicidio¹¹.

Nos limitaremos a señalar que, en contra de lo que se creía en un tiempo, las ahorcaduras-suicidio incompletas son tan frecuentes o más que las completas. El lugar en que se lleva a cabo tiene ciertas predilecciones: en el campo se ahorcan en un árbol, en cualquier sitio poco concurrido; en las poblaciones se eligen los sitios retirados de las casas, los graneros, el jardín. Se ha dado con frecuencia entre los reclusos de cárceles y manicomios.

Algunas veces son suicidios colectivos: parejas con contratiempos amorosos, grupos familiares. Puede darse también el homicidio-suicidio mixto: un padre ahorca a sus tres hijos de corta edad, suspendiéndose él a continuación. Se han descrito verdaderas "epidemias" de suicidios por ahorcadura, ya como mecanismo único, ya combinado con otras violencias de la misma etiología.

Todos los médicos forenses que han ejercido en medios rurales han tenido la experiencia de que en alguna época del año, casi siempre en primavera, se

¹¹Dr. Carillo Olmedo. Pedro Manuel MEDICINA LEGAL. Pág. 152

producen una serie de ahorcaduras suicidas que van propagándose a los distintos pueblos de la demarcación, a menudo como las ondas de un estanque, es decir, alejándose paulatinamente del punto en que se dio el primer caso. Estas epidemias se han conocido desde la antigüedad, y ya Plutarco cita haber acabado con una de ellas, que se propagaba entre las mujeres, con la amenaza de exponer públicamente desnuda a toda joven ahorcada.

➤ **Accidental**

Se observa en algunos sujetos que se encuentran jugando con un lazo, como los casos presentados por algunos autores entre ellos BORRI, también se observa en casos de apuestas, tanto en experimentadores como forma eventual. Hay autores que citan casos de ahorcados que murieron por este procedimiento al caerse y que fueron envueltos en sus propios vestidos, especialmente corbatas y bufandas.¹²

En la práctica suelen darse cuatro eventualidades: a) **El accidente** propiamente dicho, puede tratarse de niños en sus juegos, o de adultos. En cualquier caso la víctima que se encuentra sobre un plano elevado, se enreda la cabeza con cuerdas, correas, pierde el equilibrio y cae, quedando suspendido por el cuello. b) **Los experimentadores**, algunos científicos se han sometido a experiencias de colgamiento para determinar personalmente la sintomatología del

¹²Dr. Carillo Olmedo. Pedro Manuel. MEDICINA LEGAL. Pág. 153

ahorcamiento o precisar puntos oscuros. Ha habido aficionados y curiosos que han querido repetir tales experiencias sin haber tomado las necesarias precauciones, lo que ha conducido a consecuencias fatales. c) **Los degenerados**, la ahorcadura tuvo durante mucho tiempo la fama de que provocaba sensaciones eróticas de gran voluptuosidad, tal vez debida a la observación del líquido espermático en las ropas o en el suelo y al estado de semi-erección en que queda a menudo el pene de los ahorcados. Para provocarse tales sensaciones se han llevado a intentos de ahorcadura, solitarios y sin medidas de precaución especiales, que han terminado con la muerte. d) **Los acróbatas**, hubo una cierta época en que estuvo de moda, como espectáculo circense, el arriesgado simulacro de ahorcarse en público. Un accidente que se describió fue la pérdida brusca de conocimiento que, inesperada por los ayudantes del acróbata e inadvertida al principio, terminaba en una verdadera ahorcadura mortal.

➤ **Homicida**

El homicidio por ahorcadura es un tanto raro de que se realice en la práctica, por la dificultad de la ejecución y la defensa que ejerce la víctima para no dejarse poner la soga al cuello; sin embargo si se ha visto algunos casos de ahorcados por esta causa; en niños es más fácil.¹³

Constituye un procedimiento de excepción, ya que “un individuo sólo no puede ahorcar a otro de fuerza igual, que disfrute de pleno conocimiento y se mantenga

¹³Dr. Carillo Olmedo. Pedro Manuel. MEDICINA LEGAL. Pág. 153

alerta" (Thoinot). Solamente puede explicarse por la acentuada desproporción de fuerzas entre víctima y agresor, por la pérdida de conciencia de la víctima, o cuando el homicidio es cometido por un grupo de atacantes (linchamiento). Habitualmente, aunque de modo impropio, suele comprenderse como ahorcadura-homicidio el colgamiento de un cadáver. Esto es, la ahorcadura simulada para engañar a la justicia, ya que ante una suspensión se despierta siempre la idea del suicidio¹⁴

➤ **Postmortal (simulada o de distracción)**

Cuando la muerte por ahorcamiento no es consecuencia de un homicidio legalizado (en algunos países de religión musulmana) ni por la voluntad del suicida, hay una serie de signos evidentes del asesinato:

- a) Huellas de violencia en el cuerpo, excepto la desolladura del cuello y las lesiones propias de las convulsiones.
- b) Señales de forcejeo en la ropa.
- c) Indicios de lucha en el lugar de los hechos: armas, pisadas de más personas, objetos desplazados.
- d) Marcas en el suelo debido al arrastre del cadáver antes de colgarlo y restos de tierra en la ropa, en los zapatos, en las manos.
- e) Vestigios tanatológicos de homicidio (livideces en zonas impropias).

¹⁴ Patología forense

- f) Existencia de veneno o traumatismos craneales, signo de homicidio por intoxicación o mediante golpes.¹⁵

2.6. Fases del ahorcamiento

Dentro de la sintomatología presente en el proceso de ahorcamiento, se distinguen cuatro fases: dentro de la **Fase Cerebral o Período de inicio**, la anoxia estimula el sistema nervioso central que se manifiesta en zumbidos de oídos, visión de luces centellantes, hormigueos y sensación de angustia. En la **Fase Convulsiva o Período intermedio**, también derivada de la estimulación cerebral de grado más intenso. Aparecen convulsiones generalizadas en la cara, músculos respiratorios, extremidades, pudiendo eliminarse deposiciones y orina, eventualmente eyaculación. Esta fase es responsable de algunas lesiones externas que corresponden a pequeños traumatismos al colisionar el individuo con el medio que lo circunda. Durante la **Fase Asfíctica** ocurre la depresión de las funciones cerebrales, existe pérdida de la conciencia, coma profundo, cianosis intensa, con respiración superficial y lenta, relajamiento muscular y pérdida de reflejos. Esta fase es irreversible, la muerte es aparente y conduce a la siguiente fase, **denominada de Muerte Real**, donde desaparecen todos los signos vitales.

¹⁵Sánchez Armas. Rafael J. SIGNOS DE LA MUERTE VIOLENTA

2.7. SIGNOS EXTERNOS DEL AHORCAMIENTO

Fenómenos cadavéricos

Los fenómenos cadavéricos establecen la causa de muerte.

1.- Livideces

Las livideces son manchas de color rojo, de tono vino o violáceo, asentadas en el decúbito del muerto tras dejar el corazón de bombear la sangre. La falta de oxígeno en las zonas antes irrigadas por el sistema circulatorio provoca la destrucción del tejido epitelial, su palidez tan característica en la cara.

Este fenómeno se inicia nada más sobrevenir la muerte. Si la persona murió boca arriba, antes de media hora ya se observa la lividez en la nuca. De forma general, la lividez es visible entre las dos horas y seis después de la muerte. Durante las primeras doce horas, la lividez es móvil; es decir, si un individuo muere en posición decúbito prono, cuyas manchas están localizadas inicialmente en el tórax, abdomen y delantera de los muslos, la lividez se traslada de lugar según sea la nueva situación del cuerpo. Sin embargo, cuando ha transcurrido más de doce horas desde la muerte, la lividez antigua ya no desaparece, si bien mengua en intensidad debido a la nueva distribución de la sangre. Después de veinticuatro horas, la lividez es inmóvil sea cual sea la

posición del cadáver por haber coagulado la sangre. Este signo cadavérico es de gran importancia a la hora de investigar un asesinato, cuyo autor pretenda confundir a los detectives elaborando una trampa.

2.- Temperatura

El descenso de la temperatura corporal es uno de los primeros síntomas de la muerte. El ritmo del enfriamiento depende de múltiples factores: clase de vestido, tiempo atmosférico, complexión física, causa de la muerte. Existen dos métodos para calcularlo:

- a) Durante las cuatro primeras horas, la temperatura desciende medio grado cada hora; entre cuatro y doce horas después de la muerte, la temperatura baja un grado cada hora, y a partir de las doce horas, oscila entre diversos valores hasta equipararse con la temperatura ambiente.
- b) El segundo método se basa en la fórmula de Glaister, cuyo fundamento consiste en medir la temperatura del recto, pues las zonas del cuerpo expuestas al medio ambiente sufren antes el descenso de la temperatura, y restar ese valor de la temperatura media del recto en un sujeto con vida: 37,2 grados.

3.- Putrefacción

En ocasiones, la putrefacción cadavérica se interrumpe y el cadáver experimenta procesos que lo conservan de forma más o menos permanente; es lo que se denomina la Momificación.

El signo inicial de putrefacción es la aparición de la mancha verde abdominal en los adultos o bien en las fosas nasales en los niños que se da a los tres días de fallecimiento de la persona.

LA PUTREFACCIÓN la dividimos en cuatro periodos (CROMÁTICO, ENFISEMATOSO, COLICUATIVO Y REDUCTIVO) que están caracterizados por los siguientes signos de descomposición.

a.- MANCHA VERDE: Es una mancha irregular de color verde, que generalmente aparece en la fosa ilíaca derecha, (cuando la muerte es por sumersión, aparece inicialmente en la cara) y es debida a la transformación sufrida por la hemoglobina.

b.- RED VENOSA POSTUMA: La red venosa que en el paciente vivo es de color rojo vino en el cadáver se aprecia de color verde oscuro debido a la hemoglobina trasformada. Y se hace notoria entre los 24 y

48 hrs. Post mortem en tórax y brazos debido a los gases que distienden los vasos.

c.- INFILTRACIÓN GASEOSA O ENFISEMA: Su localización más frecuente es la bolsa escrotal, mamas, párpados, labios y lengua. Se presenta a las treinta y seis horas Post mortem y es debida a la invasión del tejido conectivo por gas.

d.- FLICTINAS PÚTRIDAS: Son elevaciones de la epidermis que presentan en su interior líquido de trasudado y con gran cantidad de bacterias, aparecen después de 36 hrs. Póst mortem¹⁶.

4.- Surco del lazo

Los signos más importantes se hallan en el cuello. En esta región está el denominado **SURCO**, que es profundo, nítido y de bordes más manifiestos cuando el instrumento constrictor es delgado y fuerte. La dirección del surco es por lo general oblicua y solo ocupa parte del cuello.¹⁷

El surco se debe estudiar con cuidado: su dirección, forma, aspecto, consistencia y profundidad. Si el lazo es duro y delgado, el surco será más profundo, bordes bien limitados y el marcado apegamiento de dermis. Se le

¹⁶Carvajal Oviedo. Hugo Eduardo. Médico, Master en Medicina. FENÓMENOS CADAVERÍCOS TARDÍOS ATÍPICOS. Forense. pág. 161-239

¹⁷Dr. Carrillo Olmedo. Pedro Manuel. MEDICINA LEGAL. Pág.157

considera un surco duro. Si el material utilizado es un cinturón, el surco será blando.

Existen surcos únicos, dobles y raramente triples, según la cantidad de dobleces del lazo ó la cantidad de éstos. Los surcos debajo de la laringe son raros.

Los surcos pueden ser:

a.- Incompleto, completo

b.- Oblicuo de delante a atrás y de abajo hacia arriba, quedando la parte más alta en el nudo.

El fondo del surco es pálido y cianosado por el plasma sanguíneo. El borde inferior menos marcado al contrario que la parte superior del surco, existe equimosis y sufusiones sanguíneas, hay desgarre de las carótidas, pudiendo haber derrame sanguíneo en la zona. Existe luxación ó fractura de vértebras cervicales.





En las imágenes se observan, surco oblicuo, ascendente e incompleto.

5.- Estiramiento del cuello

El estiramiento del cuello del ahorcado se debe a que el cuerpo se mantiene suspendido durante un tiempo prolongado. Igualmente, si la prolongación del tiempo es importante, el cuerpo acabará cayendo al suelo a medida que avance la putrefacción.

6.- Inclinación de la cabeza hacia el lado contrario del nudo

La ubicación del nudo es importante ya que la posición de la cabeza siempre va a ser hacia el lado contrario del nudo, así tenemos:

- Cuando el nudo se encuentra por debajo del mentón la cabeza se encuentra hacia atrás.

- Cuando el nudo se encuentra en la nuca la cabeza está hacia adelante.

7.- Ojos desorbitados y derrame sanguíneo

Es otra de los signos exteriores que se pueden apreciar en los ahorcados; así tenemos que cuando se produce el ahorcamiento los ojos salen de las orbitas y la lengua sale de los dientes existiendo hemorragias conjuntivales.

8.- Congestión del rostro

El rostro de los ahorcados puede estar congestionado o no, dependiendo del grado y tipo del compromiso vascular¹⁸.

9.- Otorragia

Cuando se produce congestión puede aparecer otorragia y es posible que se incrementen las hemorragias petequiales, palpebrales y conjuntivales.¹⁹

10.- Palidez en la cara

La cara puede presentar un aspecto pálido o cianótico. Esta diferencia de color se debe, entre otras cosas, a la posición del nudo, ya que si este es simétrico el

¹⁸ . Gisbert Calabuig. J.A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA. 5ta edición. Pág.420

¹⁹ Gisbert Calabuig. J.A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA. 5ta edición. Pág.420

color es pálido y el cadáver recibirá el nombre de ahorcado blanco, mientras que si el nudo es asimétrico el color será cianótico y el nombre será azul.

La cara o facies cadavérica es pálida o congestiva; cuando el asa del lazo es lateral, dichas facies son congestivas y cuando es anterior o posterior la facies cadavérica es pálida, según **BALTHAZAR**, lo cual hay que anotar desde el momento en que se levanta el cadáver.²⁰

11.- Lengua sobresaliente

Por La presión del lazo, la lengua se proyecta hacia el exterior, quedando atrapada entre los dientes y debido a la deshidratación posmortal, adquiere una coloración negruzca.²¹

12.- Emisión de heces fecales

Esto se da como producto de la agonía y de la asfixia, el ahorcado puede tener emisión, es decir salida de las heces fecales o de orina. Cuando el ahorcado presenta estas dos sintomatologías es imposible que viva.

²⁰Dr. Carrillo Olmedo Pedro Manuel. MEDICINA LEGAL. Pag.156

²¹Gisbert Calabuig. J.A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA. 5ta edición. Pág.420

13.- Livideces en las extremidades inferiores

Dada la gran fluidez de la sangre, si el tiempo de suspensión es prolongado, es frecuente observar livideces en las extremidades inferiores con una intensa púrpura hipostática, que como se ha señalado antes no debe confundirse con las hemorragias petequiales.²²

14.- Heridas menos graves en codos, manos, rodillas, piernas y pies.

En los miembros se hallan equimosis que son debidas a los traumatismos provocados por la víctima en el periodo de las convulsiones, y obedecen al choque de los miembros contra las paredes y los muebles que se hallan cerca.²³

15.- Erección y eyaculación por la contracción de vesículas seminales

Es sabido por todos los que han dedicado tiempo al estudio y práctica de la Medicina Legal, que en los ahorcados se encuentra siempre una eyaculación de semen que tiene lugar con los espasmos del ahorcamiento y a veces emisión de orina. Sobre todo en los sujetos que quedan colgados verticalmente. Se ha interpretado como un fenómeno consecutivo a la rigidez cadavérica. Las vesículas seminales son los órganos más tempranamente afectados por el rigor mortis.

²² Gisbert Calabuig. J.A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA. 5ta edición. Pág.420

²³ Dr. Carrillo Olmedo. Pedro Manuel. MEDICINA LEGAL. Pág.157

Un médico-forense francés, el Dr. Decoust, para demostrarlo, tenía la costumbre de colgar los cadáveres en la Morgue después de 48 horas de la muerte y observaba que se producía una eyaculación.

De todas formas parece que existen también otros procesos fisiológicos implicados menos conocidos, como podría ser el estiramiento cervical brusco que se produce en el ahorcamiento, también a través de un reflejo nervioso inconsciente, posiblemente mediado también a través del sistema simpático.

Lo de la erección post-ahorcamiento tiene una base totalmente diferente, aunque es también absolutamente cierta. Ya vimos como el sistema nervioso responsable es el ligado a situaciones de relajación (algo que a ningún memorioso le va a chocar), por tanto poco tiene que ver aquí.

Realmente en el ahorcamiento se produce bastante después de la eyaculación (que supongo que tampoco se produce en todos los casos) y se debe simplemente al depósito de sangre en todo el hemicuerpo inferior que sufre el cadáver al desaparecer el tono venoso”.

En conclusión diríamos que durante el ahorcamiento se produce la congestión de los vasos a nivel inguinal, lo cual produce erección y también la eyaculación.

De hecho, algunas personas han muerto accidentalmente ahorcadas al tratar de producirse un estímulo de esa forma.

16.- Micción

La emisión de orina tiene mucho que ver con la emisión de heces fecales y la eyaculación de semen que se produce producto de los espasmos del ahorcamiento, esto se evidencia generalmente en los sujetos que quedan ahorcados verticalmente.

2.8. SIGNOS INTERNOS DEL AHORCAMIENTO

➤ En la autopsia del cuello:

La razón fundamental de la autopsia en estos casos es demostrar la existencia de lesiones propias de la ahorcadura, especialmente las de aquellas que presentan carácter vital, lo que permitirá excluir un encubrimiento de otro mecanismo lesional.

En este trabajo nos centraremos en las lesiones locales más importantes y discutiremos su posible origen vital o postmortal.

- línea argentina



Fig. 1: Línea argentina.



Fig.2: Infiltraciones hemáticas en estructuras musculares.

Al diseccionar la piel de la cara anterior del cuello por la línea media, se observa en su cara interna, una línea blanquecina o pálida que subyace de forma coincidente con la posición del surco en su cara externa. Esta lesión se debe a

un resquebrajamiento y condensación del tejido celular subcutáneo bajo el surco de la ahorcadura. Se acepta que no tiene significado vital, estando relacionada con la suspensión prolongada del cuerpo. En relación con el surco, solo tiene significado vital las manifestaciones histológicas o bioquímicas de la reacción inflamatoria.²⁴

- **Signo de Martin**



El signo de Martín, consistente en una infiltración hemorrágica en la pared adventicial de la carótida, es también objetivable por técnicas de imagen, como la Resonancia Magnética Nuclear, por lo que puede ser muy útil en el futuro como compromiso viable entre una examen externo y una autopsia en determinados casos en los que el sistema judicial no requiera un método invasor²⁵

²⁴ Médico Forense. Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz

²⁵ Médico Forense. Servicio de Clínica Forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz

- **Signo de Amussat**

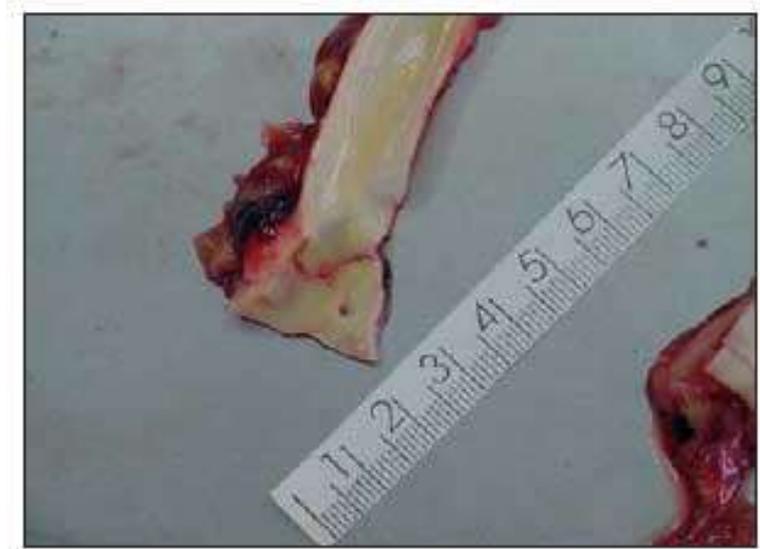


Fig. 4: Signo de Amussat.

El signo de Amussat, cuya presencia no es constante, consiste en un desgarro transversal de la cara interna de la carótida que se produciría por un mecanismo de elongación. Simonin, lo describía en tan sólo el 4% de los casos.²⁶

En aquellos casos en los que pudieran existir dudas acerca del origen vital de la ahorcadura, será preciso recurrir al estudio histológico de estas lesiones para confirmar la vitalidad o no de las mismas.

Estas lesiones suelen presentar infiltración hemorrágica cuando son consecuencia de una suspensión intravital²⁷.

²⁶ Martínez Murillo, Salvador, Saldivar S., Luis. Medicina Legal. 16ª Edición. p.p. 105-109

²⁷ Médico Forense. Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz

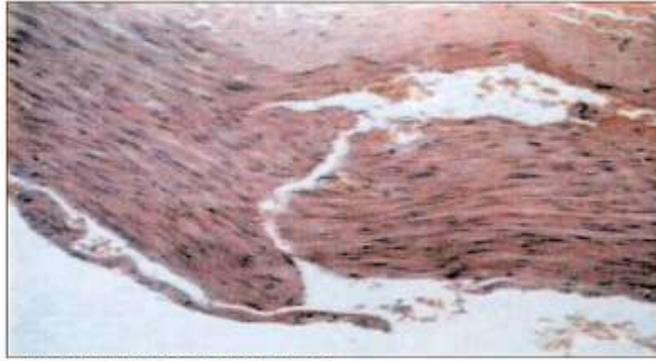


Fig. 5: imagen microscópica del signo de Amussat.

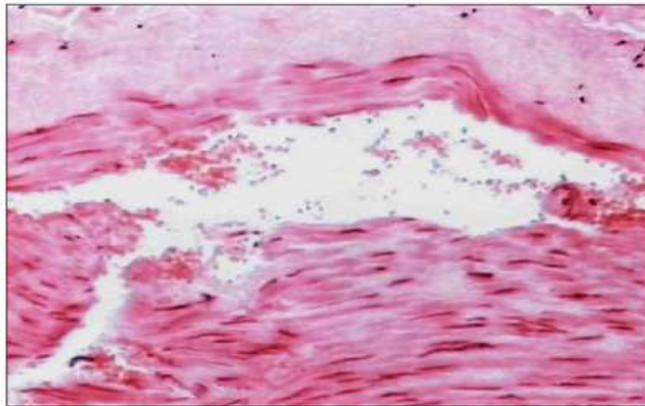


Fig. 6: imagen microscópica del signo de Amussat.

28

- **Rupturas en cartílagos**

“Algunos autores dicen haber encontrado fracturas del hioides y del cartílago tiroides, lo que se considera como característico de estrangulación, pero que puede encontrarse en la ahorcadura.²⁹ Los desgarros vasculares u las rupturas osteo-cartilaginosas presentan infiltraciones hemorrágicas cuando son consecuencia de una suspensión intravital”.³⁰

²⁸ Trujillo Nieto Gil, Medicina Forense, primera edición, editorial Manual Moderno, 2002

²⁹ Dr. Carrillo Olmedo. Pedro Manuel. MEDICINA LEGAL. Pag.158

³⁰ Gisbert Calabuig. J.A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA.5ta edición. Pág.421

“En esencia, se comprime la tráquea y las arterias carótidas, requiriéndose para esto un peso de 2.5 Kg, que es prácticamente lo que pesa sólo la cabeza. También se pueden lesionar las arterias vertebrales, pero en este caso haría falta más peso (entre 10 y 20 kgs).

Estos requisitos se cumplen perfectamente en el ahorcamiento con soga, donde el cuerpo del colgado supera el peso mencionado”³¹.

2.9. Síntomas del ahorcamiento

Los signos han sido estudiados experimentalmente por **FLEISCHMAN** y **MINOVICI** de Bucarest; estos síntomas tienen tres periodos:

1. “Se caracteriza por el color de la cara, zumbido de oído, dolor violento de la columna vertebral en la región del cuello.
2. Convulsiones generalizadas.
3. Relajación y muerte aparente o real, según el tiempo de suspensión.
4. Se ha hablado mucho sobre un cuarto síntoma, que ha dado lugar a discusión: la voluptuosidad acompañada de eyaculación y erección de la víctima. Este síntoma ha sido muy discutido y algunos autores no le dan más valor que el de un simple fenómeno cadavérico; lo que más se cree es la salida del líquido

³¹ Gisbert Calabuig. J.A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA. 5ta edición. Pág.421

seminal por la relajación muscular que incluye a las vesículas seminales y esfínteres.”³²

3.-Problemas Médico legales en la ahorcadura

3.1. Diagnostico en la muerte por ahorcamiento

El mayor interés médico legal en las autopsias de los ahorcados reside en averiguar si, efectivamente, la muerte se debió a la ahorcadura, lo que lleva implícito la diferenciación entre las ahorcaduras verificadas en vida y las suspensiones de cadáveres para simular un suicidio.

La muerte se produce por efecto mecánico de compresión de la "soga", lo que generalmente se usa, alrededor del cuello, no solamente impide el paso del aire por las vías respiratorias, sino que además existe el efecto de presión que ejerce la cuerda sobre las estructuras vasculares y nerviosas que existen en las partes laterales del cuello, provocando un paro cardíaco.

3.2. Como diferenciar si el ahorcamiento fue vital o posmortem

Cuestión importante al intentar diferenciar las causas de una muerte: ¿se suicidó? ¿lo ahorcaron intencionadamente? ¿lo han intentado ocultar un crimen pareciendo un suicidio?

³²Carrillo Olmedo. Pedro Manuel. MEDICINA LEGAL. Pág. 155-156.

El que muere ahorcado intenta despejar la vía aérea, por lo que intentan sacar la lengua y muchos llegan a abrir la boca. Esto obviamente un muerto no puede hacerlo.³³

En el caso de que sea un ahorcamiento por homicidio, podrán existir signos de lucha como intentar quitarse la soga.

3.3. Signos que demuestran que el sujeto estuvo colgado

Está constituido por el surco y las lesiones internas del cuello. Estas últimas son prácticamente idénticas en la estrangulación y en la ahorcadura, diferenciándose tan solo en su frecuencia relativa, lo que carece de valor en su caso concreto. Debe, por tanto, valorarse especialmente las diferencias entre el surco de la ahorcadura y el de la estrangulación.³⁴

3.4. Signos que indican la asfixia como mecanismo de muerte

Los signos que indican asfixia como mecanismo de muerte son los generales a todas las asfixias mecánicas y no es necesario que volvamos de nuevo sobre ellos. Tienen interés diagnóstico, aún con las salvedades señaladas, en cuanto que indican que la asfixia fue la causa de la muerte, pero no son suficientes para

³³ Correa Ramírez, Manual Práctico de Antropología Forense, tercera edición, editorial Trillas, 2011.

³⁴ Tello Flores, Francisco. Medicina Forense, segunda edición, editorial Oxford, 2008

demostrar que la ahorcadura tuvo lugar en vida, pues se ha podido colgar un cadáver cuya muerte se deba a la estrangulación.

3.5. Signos que acreditan que estaba vivo al ser colgado

La máxima importancia para este diagnóstico es la presencia de estos signos. Desgraciadamente, no siempre están presentes en el cadáver de los ahorcados, por lo que su ausencia no excluye forzosamente este diagnóstico. De otra parte, muchos de los signos que se han indicado como propios de la ahorcadura vital no poseen tal carácter. En síntesis, los únicos signos que verdaderamente tienen el valor de reacción vital son los extravasados hemáticos que acompañan a las lesiones del cuello: equimosis y hematomas en las partes blandas con sangre coagulada y adherida a las mallas del tejido, infiltrados hemorrágicos y de las fracturas laríngeas, infiltrados del mismo orden de los desgarros vasculares.³⁵

3.6. Tiempo de agonía del ahorcado

La muerte no se produce instantáneamente, ya que dura con vida por espacio de dos o tres minutos. Durante ese intervalo, la persona agoniza y siente los efectos de la falta de aire, falta de circulación de la sangre al cerebro, lo que produce un estado de convulsiones, la pérdida del conocimiento y posteriormente la muerte³⁶.

³⁵ Linda Trujillo, Patricia. La Historia Clínica Criminal, primera edición, editorial Alfíl, 2005

³⁶ Correa Ramírez, Manual Práctico de Antropología Forense, tercera edición, editorial Trillas, 2011

6.- METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, de corte transversal y finalmente de tipo Retrospectivo.

6.2 UNIVERSO.

El universo de la presente tesis corresponde a los diversos casos de muertes violentas por ahorcamiento que se han producido en la ciudad de Loja comprendido en los meses de Enero del 2009 a Junio del 2011.

6.3 MUESTRA.

Son referentes de muestra los diferentes casos de ahorcamiento producidos en la ciudad de Loja, los mismos que han sido conocidos a través del informe médico legal, emitido por el Médico Legista del Ministerio Público.

6.4 LUGAR DE INVESTIGACIÓN.

La investigación se realizó en el departamento Médico legal, y las diferentes fiscalías del Ministerio Público de la ciudad de Loja, ya que fue necesario recolectar la información de cada una de ellas, por cuanto en cada una de ellas se han conocido estas clases de muertes violentas.

6.5 INSTRUMENTOS.

Han servido como instrumentos en el desarrollo de la presente tesis, los siguientes objetos:

1. Examen médico legal emitido por el médico legista
2. Cámara fotográfica
3. Computadora.

6.6 TÉCNICAS

Aplice los procedimientos de observación y descripción, técnicas que en este caso requería la investigación médica propuesta, auxiliadas de técnicas de acopio teórico como el fichaje bibliográfico y documental. En la investigación de campo recolecte información a través de una solicitud de autorización al Ministro Fiscal de Loja para el permiso correspondiente de acceso al examen médico legal correspondiente.

6.7 PROCEDIMIENTO

El desarrollo de la presente problemática se llevó a cabo de la siguiente manera:

Momento I.- Trabajo de Campo

Después de haber realizado la respectiva investigación de campo en el Ministerio Público de Loja (fiscalía), he obtenido el siguiente resultado así:

1.1. Determinación de los casos de muertes violentas por ahorcamiento en Loja.

Durante el periodo propuesto en la ciudad de Loja se han reportado los siguientes casos de muerte violenta por ahorcamiento:

- ❖ Aproximadamente en el periodo de enero del 2009 a junio del 2011 se han producido 90 casos.
- ❖ De este número de casos registrados el 95% corresponde a personas de género masculino; y el 5% a personas de género femenino.
- ❖ Las edades promedios de estas muertes están entre 12 a 30 años de edad aproximadamente, encontrándose también otros casos de personas comprendidas en edades de 30 a 60 años de edad.
- ❖ En lo que respecta al instrumento que el suicida utilizó para ahorcarse están en primer lugar la cuerda o soga, y en segundo lugar la correa o cinturón.

Momento II.- Análisis y tabulación de datos

7.- RESULTADOS

TABLA N° 1

Resultado de muertes por ahorcamiento en Loja durante el período enero 2009 a junio del 2011.

Tipo de ahorcadura	Frecuencia	Porcentaje
Homicidio	0 casos	00.00%
Suicidio	90 casos	100%
Accidental	0 casos	00.00
TOTAL	90 casos	100%

Fuente: Ministerio Público de Loja (Médico legal)
Investigadora: Gladys del Cisne Carpio Zapata

Análisis

De los resultados obtenidos nos podemos dar cuenta que en Loja el 100% de los casos corresponden a muerte violenta por suicidio, excluyéndose de tal manera, que las mismas, sean producto de homicidio o de tipo accidental.

TABLA N°2

Número de muertes, según el género, período enero 2009 a junio del 2011.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	85 casos	94.4%
Mujeres	5 casos	5.6%
TOTAL	90 casos	100%

Fuente: Ministerio Público de Loja (Médico legal)
Investigadora: Gladys del Cisne Carpio Zapata

Análisis

De los casos de muerte violenta por ahorcamiento, que se han registrado en la ciudad de Loja, durante el periodo de enero del 2009 a junio del 2011, el 94,4% corresponden a hombres, existiendo un 5,6% que represente al género femenino.

TABLA N°3

Edades de las personas cuyos casos se han reportado por muerte violenta por ahorcamiento en Loja

Edad	Frecuencia	Porcentaje
de 12 a 17 años	40 casos	44.44%
18 a 23 años	23 casos	25.56%
24 a 30 años	17 casos	18.89%
30 a más años	10 casos	11.11%
TOTAL	90 casos	100%

Fuente: Ministerio Público de Loja (Médico legal)
Investigadora: Gladys del Cisne Carpio Zapata

Análisis

El gráfico demuestra que las edades promedio en las que se da con mayor frecuencia las muertes violentas por ahorcamiento oscilan entre 12 a 17 años de edad, lo que representa el 44.44%; mientras que el 11,11% representa a personas comprendidos en edades de 30 años a más.

TABLA N° 4

Instrumento utilizado por el suicida

Instrumento	Frecuencia	Porcentaje
Soga o cuerda	78 casos	86.67%
Correa o cinturón	12 casos	13.33%
TOTAL	90 casos	100%

Fuente: Ministerio Público de Loja (Médico legal)
Investigadora: Gladys del Cisne Carpio Zapata

Análisis

En el 86,67% de los casos de muertes violentas por ahorcamiento, las personas han utilizado como instrumento para par el suicidio una cuerda o sogas, mientras que el 13.33% ha utilizado la correa o cinturón.

8.- DISCUSIÓN

El estudio presentado refleja muy cercanamente la realidad del problema de la muerte violenta por ahorcamiento a nivel nacional y local, porque la fuente es confiable, actualmente se recibe todos los reportes de los casos de suicidios, ya que la denuncia es obligatoria en todos los países.

Un estudio de Herrera de 1987, encontró 100 suicidios por ahorcadura reportados en la prensa escrita durante ese año. En el 2010 se publica en un periódico del país, 320 casos de muertes por ahorcamiento, siendo mayor el número en Guayaquil y Santo Domingo. En base a estos antecedentes, la cifra de 90 muertes violentas por ahorcamiento en dos años encontrada en nuestra ciudad es alarmante, si tomamos en cuenta que un porcentaje importante de estos casos escapa a las publicaciones de los medios de comunicación.

Los datos obtenidos en relación a la edad y el género, coinciden con los estudios realizados en Quito por Arita (2009), y en Guayaquil en el 2008 en el que la mayoría de la población afectada fue la menor de 17 años y del género masculino, en un porcentaje mayor al 94%.

Estadísticas de América Latina reportan tendencias parecidas a las encontradas en Ecuador: En México, específicamente en el Distrito Federal, con una incidencia de 4.8 por 100,000 habitantes mayores de 10 años, se observó un franco predominio del sexo masculino y con un 65% menores de 30 años. Perú

con una tasa de suicidio de 4.3 por 100,000 habitantes, con una razón favorable al sexo masculino de 3.99 afectando en su mayoría a varones entre 15 a 20 años y a mujeres entre 14 y 19 años.

En Venezuela la muerte violenta por ahorcamiento es la segunda causa de muerte en los adolescentes, con una tasa general de suicidio de 4.7 por 100,000, con predominio de los hombres en una proporción de 7.4 /2.0.

Costa Rica presenta mayor incidencia de suicidio en varones y en las edades comprendidas entre 20 y 25 años. Hay coincidencia en las estadísticas mundiales que el suicidio afecta en mayor proporción al género masculino; pero en lo referente a la edad, hay grandes diferencias, ya que en los países desarrollados se encuentra tasas de suicidios por ahorcamiento hasta de 40 por 100,000 personas mayores de 65 años y en los países latinoamericanos incluyendo Ecuador específicamente Loja, la mayor incidencia es en los jóvenes.

Parte de la explicación de este fenómeno podría ser que la población latinoamericana es fundamentalmente joven y la expectativa de vida en general no es mayor de 65 años. Aparte de lo anterior tendríamos que admitir también la problemática social y económica que abate a estos países, especialmente el desempleo, desintegración familiar, y alcoholismo, que incide con mayor peso en los jóvenes, generando una desesperanza que quizá no encontremos en la pequeña población de tercera edad que tenemos, porque todavía en nuestros países ellos siguen siendo parte del núcleo familiar.

9.- CONCLUSIONES.

1.- En la ciudad de Loja en el periodo de enero del 2009 a junio del 2011 se han suscitado 90 casos de muertes violentas por ahorcamiento, de las cuales el 94.4% corresponde al género masculino y el 5.6% al género femenino.

2.-La etapa en la que con mayor frecuencia se dan estos ahorcamientos es en la edad de 12 a 17 años que representa el 44.44%.

3.- El 100% de las muertes violentas por ahorcamiento que se han producido en nuestra ciudad, han sido por suicidio, tanto en hombres como en mujeres, que han utilizado como instrumentos la soga en un 86.67% y la correa 13.33%.

10.- RECOMENDACIONES

1.- Los resultados de muertes violentas por ahorcamiento que se han producido en Loja en dos años, es alarmante lo que hace evidente que existe una mentalidad suicida en cierta parte de la población de nuestra ciudad, por lo que es necesario que las entidades competentes presten más atención a estos resultados y se tomen las medidas necesarias para tratar de bajar estos niveles de ahorcamientos.

2.- Lamentablemente los adolescentes son un sector vulnerable ante esta clase de muertes; ya que, al sentirse abatidos por algún problema ven en el suicidio por ahorcamiento un escape a sus conflictos, de manera que es un llamado a los padres de familia, maestros y sociedad para que inculquen en sus hijos valores como la fe, la fortaleza, la valentía, la confianza, y sobre todo para que enseñen a sus hijos a enfrentar los problemas y no a escapar de ellos de una manera fatal.

3.- Se debe establecer campañas de orientación familiar en donde se fortalezca la unión familiar, el respeto, el amor por la vida, la valoración personal, la comunicación en el hogar, a través de los diferentes medios de comunicación, así como también en las diferentes escuelas, colegios y universidades a fin de contrarrestar en cierta manera el nivel de perturbación que puedan estar enfrentando los jóvenes en sus vidas.

11.- BIBLIOGRAFIA

- Dr. Carrillo Olmedo Pedro M. MEDICINA LEGAL. Pág. 151-152.
- Rodríguez Vladimir, "1998" El año de la "Soga"
- Atlas de Medicina Forense. Pág. 2
- Gaceta policial, viernes 16 de abril del 2010
- Wikipedia Criminológica. La enciclopedia de Criminología y Criminalística
- Marrero Mesa Surrianis/Medicina Forense y Legal /Publicado: 21/10/2010
- Gisbert Calabuig. J. A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGIA. 5ta edición. Pág. 420
- Medicina Legal. Asfixias por ahorcadura. Abril 2005
- Sánchez Armas Rafael J. SIGNOS DE LA MUERTE VIOLENTA
- Patología Forense
- Carvajal Oviedo Hugo Eduardo FENÓMENOS CADAVERÍCOS TARDÍOS ATÍPICOS. Médico, Master en Medicina Forense. pág. 161-239
- Gisbert Calabuig. J.A. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLOGÍA. 5ta edición. Pág.420
- Médico Forense. Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz
- Médico Forense. Servicio de Clínica Forense. Instituto de Medicina Legal de Cádiz

- Martínez Murillo, Salvador Saldivar S., Luis. Medicina Legal. 16ª Edición. p.p. 105-109.
- Simonin C. Medicina Legal Judicial, Tomo I, Legislación y jurisprudencia españolas, editorial Barcelona, pág. 211.
- Vargas Alvarado Eduardo. Medicina Forense y Odontología, Ciencias forenses para médicos y abogados, primera edición, enero 1991, pág. 359.
- Uribe Cualla Guillermo, Medicina Legal y Siquiatría Forense, novena edición, editorial Temis Bogotá 1971, pág. 342,349.
- Rodríguez Mario, Atlas de Medicina Forense, segunda edición, editorial Trillas, 2008.
- Trujillo Nieto Gil, Medicina Forense, primera edición, editorial Manual Moderno, 2002.
- Tello Flores Francisco, Medicina Forense, segunda edición, editorial Oxford, 2008.
- Linda Trujillo Patricia, La Historia Clínica Criminal, primera edición, editorial Alfil, 2005.
- Di Maio Vicent, Manual de Patología Forense, primera edición, editorial Díaz de Santos, 2003.
- Gómez Bernal Eduardo, Tópicos Médicos Forenses, quinta edición, editorial Sista, 2008.
- Lefort, Nando Diccionario Terminológico de Ciencias Forenses, primera edición, editorial Trillas, 1998.

ANEXOS





FORMATO DE AUTOPSIA

Autoridad:

FISCAL DE LOJA

Fecha y hora de la autopsia:.....

Lugar:.....

Realizada por:.....

Nombre del occiso:.....

Número de cédula de identidad.....

Fecha de nacimiento:.....

Descripción de las ropas y pertinencias:.....

Circunstancias de la muerte

.....

.....

Signos cadavéricos:

Livideces:.....

Rigidez cadavérica:.....

Fenómenos oculares:.....

Estado de los esfínteres:.....

Piel:.....

Data de la muerte:.....

CABEZA:.....

CUELLO:

TÓRAX:

ABDOMEN:

MIEMBROS SUPERIORES:.....

MIEMBROS INFERIORES:.....

REGIÓN GENITAL Y ANO:.....

EXAMEN INTERNO

CAVIDAD CRANENA.....

CUELLO.....

CAVIDAD TORACICA.....

CAVIDAD ABDOMINAL.....

DIAGNÓSTICOS:

.....

CAUSA DE LA MUERTE:

MANERA DE LA MUERTE DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO-LEGAL:.....

ÍNDICE

PORTADA.....	I
AUTORIZACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO.....	VI
1.- Título.....	1
2.- Resumen.....	2
2.1.- Abstract.....	3
3.- Introducción.....	4
4.- Objetivos.....	7
5.- Marco teórico	
1. Muerte violenta.....	8
3. Ahorcamiento.....	8
3.1. Concepto.....	9
2.2. Tipos de ahorcaduras.....	12

2.3.1. Ahorcadura accidental.....	13
2.3.2. Ahorcadura homicida.....	13
2.3.3. Ahorcadura por suicidio.....	14
2.4. Clasificación.....	14
2.3.1. Por la posición del cuerpo.....	14
• Ahorcadura completa (cuerpo totalmente suspendido).....	14
• Ahorcadura incompleta (cuerpo con punto de apoyo).....	15
2.3.2. Por la posición del nudo.....	15
• Ahorcadura simétrica.....	15
3. Anterior.....	16
4. Posterior.....	16
• Ahorcadura asimétrica.....	16
• Ahorcaduras típicas.....	16
• Ahorcaduras atípicas	17
2.4.3. Tipos de la lazos.....	17
• Duros.....	18
• Blandos.....	18
2.5. Tipos de ahorcados.....	21
2.8.1. Ahorcados blancos.....	21
2.8.2. Ahorcados azules.....	22
2.9. Etiología	23
➤ Suicida.....	23

➤ Accidental.....	25
➤ Homicida.....	26
➤ Postmortal (simulada o de distracción).....	27
2.10. Fases del ahorcamiento.....	28
2.11. Signos externos del ahorcamiento	29
➤ Fenómenos cadavéricos:.....	29
▪ Livideces.....	29
▪ Temperatura.....	30
▪ Putrefacción.....	31
▪ Surco del lazo.....	32
▪ Estiramiento del cuello.....	35
▪ Inclinación de la cabeza hacia el lado contrario del nudo.....	35
▪ Ojos desorbitados y derrame sanguíneo.....	35
▪ Congestión del rostro.....	36
▪ Otorragia.....	36
▪ Palidez en la cara.....	36
▪ Lengua sobresaliente.....	37
▪ Emisión de materias fecales.....	37
▪ Livideces en las extremidades inferiores.....	37
▪ Heridas menos graves en codos, manos rodillas, piernas y pies.....	38
▪ Erección y eyaculación por la contracción de vesículas seminales.....	38
▪ Micción.....	40
2.12. Signos internos del ahorcamiento.....	40

➤ En la autopsia del cuello:.....	40
▪ línea argentina.....	41
▪ Signo de Martin.....	42
▪ Signo de Otto.....	42
▪ Signo de Amussat.....	42
▪ Rupturas en cartílagos.....	44
2.9. Síntomas del ahorcamiento.....	44
3. Problemas Médico legales en la ahorcadura.....	45
3.1. Diagnostico en la muerte por ahorcamiento.....	45
3.2. Como diferenciar si el ahorcamiento fue vital o Posmorten.....	46
3.3. Signos que demuestran que el sujeto estuvo colgado.....	47
3.4. Signos que indican la asfixia como mecanismo de muerte.....	47
3.5. Signos que acreditan que estaba vivo al ser colgado.....	47
3.6. Tiempo de agonía del ahorcado.....	47
6.- Metodología.....	48
7.- Resultados.....	51
8.- Discusión.....	55
9.- Conclusiones.....	57
10.- Recomendaciones.....	58
11.- Bibliografía.....	59
12- Anexos.....	61