



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA



CARACTERIZACIÓN DE MUERTES POR SUICIDIO A TRAVÉS

DE AHORCAMIENTO EN EL PERIODO 2019 – 2021 EN LA

REGIÓN DE PUNO

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. VANIA IRENE APAZA BRAVO

Bach. DANISSA CARI HUALLA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA

PUNO - PERÚ

2023



NOMBRE DEL TRABAJO

CARACTERIZACIÓN DE MUERTES POR SUICIDIO A TRAVÉS DE AHORCAMIENTO EN EL PERIODO 2019 - 2021 EN LA REGIÓN DE PUNO

AUTOR

VANIA IRENE APAZA BRAVO, DANISS A CARI HUALLA

RECUENTO DE PALABRAS

24673 Words

RECUENTO DE CARACTERES

132923 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

135 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.7MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 1, 2023 8:09 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 1, 2023 8:11 PM GMT-5

● **7% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 6% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Firmado digitalmente por
INCA CUTIPA LIMACHI Duverly Joao
FAU 20145496170 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.09.2023 20:26:31 -05:00



Firmado digitalmente por PUMA
LLANQUI Javier Santos FAU
20145496170 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.09.2023 22:48:08 -05:00



DEDICATORIAS

A Dios, por darme la bendición cada día, la vida, la salud por nunca soltarme en este arduo camino estudiantil, por darme la sabiduría y la fuerza para superar cada obstáculo que se presentó y cumplir cada meta que me propuse.

Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien.

A mi madre Eva Bravo, quien representa el ejemplo supremo de fortaleza y motivación. Sus consejos, valores e inquebrantable apoyo han sido fundamentales para mis logros. Por creer en todos mis sueños y brindarme su apoyo cada vez que parecía caer. Ha sido el pilar que me impulsa a seguir adelante y la fuente de mi determinación constante.

Es por ello que te dediqué este trabajo como una ofrenda, como muestra de mi amor y agradecimiento por su paciencia y cariño incondicional. Te amo, querida madre.

A mis hermanos Wilber y Elvis, brindándome su apoyo, a pesar de la distancia. También honro la memoria de aquellos que ya no están físicamente, pero siguen vivos en mi corazón y en mis recuerdos, siendo elementos esenciales en mi trayectoria.

Mi reconocimiento se extiende a todas las personas que, de diversas maneras, me han brindado su apoyo a lo largo de mi camino.

Vania Irene Apaza Bravo



A los que siempre están ahí incondicionalmente, mis más sinceros agradecimientos;

A mi madre Irma, por su amor incondicional y por creer en mí desde el primer día. Por sus sacrificios y su apoyo constante que han sido la clave de mi éxito.

De igual forma. A mi Padre Dionisio, por sus consejos, su amor, dedicación, cuyo esfuerzo logrado dan resultado a un proyecto más que culmino.

A mi hermana, que siempre ha estado junto a mí y brindándome su apoyo, deseando y anhelando lo mejor para mi vida.

Maestros de mi Escuela Profesional de Antropología, más que pasar el contenido, ayudaron en mi formación de una manera enriquecedora, siempre impregnando sus actitudes con ética y profesionalismo.

Finalmente, sin lugar a duda, al Lic. Paul Ramírez. Mejor compañero, amigo y confidente por ser fiel en este largo proceso de mi investigación, por escucharme, animarme, apoyarme y por creer en mí.

APUS, PACHAMAMA, DEIDADES ANDINAS quienes me iluminan y me siguen donde voy.

Danissa Cari Hualla



AGRADECIMIENTOS

Nuestra gratitud a nuestra Alma Mater la Universidad Nacional del Altiplano de la ciudad de Puno, a la Facultad de Ciencias Sociales y en especial a nuestra Escuela Profesional de Antropología, a nuestros docentes por su noble labor de enseñanza por los conocimientos transmitidos y las lecciones, no solo profesionales sino también de vida.

Ante todo, es importante resaltar la labor de los profesionales en Antropología Forense en el Perú quienes abrieron la posibilidad a profesionales Antropólogos físicos y criminalísticos.

El impulso dado a estas labores ha permitido la apertura de nuevos contextos para el profesional, han hecho posible profundizar este fascinante mundo criminalístico en nuestra escuela profesional de Antropología.

Expresamos un profundo sentimiento de agradecimiento al Dr. Juan Bautista Carpio Torres quien fue el primero en impulsar el curso de Antropología Forense y al Dr. Alfredo Calderón Torres por haber impartido dicho curso, en nuestra escuela profesional de Antropología, el reconocimiento que se merecen.

A los miembros del jurado dictaminador Dr. Hector Luciano Velázquez Sagua, Dr. Willver Coasaca Nuñez, en especial al Dr. Juan Bautista Carpio Torres quienes con sus observaciones y correcciones contribuyeron a la culminación del presente trabajo de investigación de manera satisfactoria.



Asimismo, el agradecimiento y reconocimiento a nuestro asesor de tesis el D. Sc. Duverly Joao Incacutipa Limachi, por guiarnos durante esta ardua tarea de recolección, procesamiento y análisis de datos, por su apoyo en el proceso de la presente investigación.

Queremos expresar también nuestro más sincero agradecimiento al Mayor Inofuente Ramos Saul Abel, jefe de la Oficina de Criminalística (OFICRI PNP PUNO-JULIACA), y a todos los Peritos Criminalísticos por habernos facilitado los medios suficientes y brindarnos la información necesaria para la realización de esta investigación; también por su apoyo incondicional y aliento moral.

Danissa Cari Hualla

Vania Irene Apaza Bravo



ÍNDICE GENERAL

Pág.

DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS

RESUMEN 14

ABSTRACT..... 15

INTRODUCCIÓN 16

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES, OBJETIVOS,

MARCO TEÓRICO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 18

1.1.1. Pregunta general 19

1.1.2. Preguntas específicas 19

1.2. ANTECEDENTES 20

1.2.1. Antecedentes internacionales..... 20

1.2.2. Antecedentes nacionales 25

1.3. JUSTIFICACIÓN 26

1.4. MARCO TEÓRICO 27

1.4.1. El suicidio 27

1.4.2. Teoría del suicidio desde la psicología 28



1.4.3. Teoría del suicido desde la sociología	31
1.4.4. Teoría del suicido desde la antropología	33
1.4.5. El suicidio como problema social	36
1.4.6. El suicido y su relación con las características sociodemográficas	36
1.4.7. Muerte por ahorcadura	47
1.5. MARCO CONCEPTUAL	58
1.5.1. El Suicidio.....	58
1.5.2. Intento suicida.....	58
1.5.3. Trastornos mentales	58
1.5.4. Depresión	58
1.5.5. Problema social.....	59
1.5.6. Características sociodemográficas	59
1.5.7. El sexo.....	59
1.5.8. Inmigración.....	59
1.5.9. Área urbana.....	59
1.5.10. Área rural	60
1.5.11. Desastres sobrenaturales	60
1.5.12. La COVID-19.....	60
1.5.13. Pandemia	60
1.5.14. Muerte por ahorcamiento	61
1.5.15. Autopsia	61
1.5.16. Surco de compresión por ahorcamiento	61
1.5.17. Lazo duro	61
1.5.18. Lazo blando.....	61



1.6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	61
1.6.1. Objetivo general.....	61
1.6.2. Objetivos específicos	62
1.7. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	62
1.7.1. Hipótesis general.....	62
1.7.2. Hipótesis específicas	62
1.8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.....	63
1.8.1. Enfoque	63
1.8.2. Nivel de investigación	63
1.8.3. Diseño	63
1.8.4. Población y muestra.....	64
1.8.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	64
1.8.6. Proceso de relación de datos	65
1.8.7. Análisis estadístico	65

CAPÍTULO II

CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

2.1. ASPECTOS GENERALES.....	66
2.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA REGIÓN PUNO	67
2.2.1. Composición de población por región y provincias	67
2.2.2. Composición de población por sexo	69
2.2.3. Composición de población por grupos de edad	69



CAPÍTULO III

EXPOSICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	71
3.1.1. Frecuencia estadística según sexo en el suicidio por ahorcamiento	71
3.1.2. Frecuencia estadística según grupo etario en el suicidio a través de ahorcamiento	74
3.1.3. Tendencia de suicidio a través de ahorcamiento según provincias de la región de Puno.....	77
3.1.4. Tipo de objeto constrictor y su relación con el sexo.....	80
3.1.5. Tendencia de suicidios a través de ahorcamiento durante el periodo de confinamiento por la pandemia por Covid – 19.....	82
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	104

Área: Ciencias Sociales

Tema: Suicidio por ahorcamiento

FECHA DE SUSTENTACION: 07 de setiembre del 2023



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Mapa modificado del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017).....	67
Figura 2. Tendencia de crecimiento de suicidio por ahorcamiento	73
Figura 3. Tendencia de suicidios por ahorcamientos según categorías de edad.....	75
Figura 4. Tendencia de suicidio según provincias de la región Puno.....	78
Figura 5. Tendencia de suicidios por ahorcamiento por meses y años.....	84
Figura 6. Permiso de la Policía Nacional del Perú para extraer muestra.....	107
Figura 7. Divisiones de Criminalística de donde extrajo la muestra	108
Figura 8. Caso 01	113
Figura 9. Informe criminalístico 01	114
Figura 10. Método de ingreso y ubicación	115
Figura 11. Informe criminalístico 02	116
Figura 12. Informe criminalístico 03	117
Figura 13. Inspección criminalística 01.....	118
Figura 14. Inspección criminalística 02.....	119
Figura 15. Inspección criminalística 03.....	120
Figura 16. Inspección criminalística 04.....	121
Figura 17. Inspección criminalística 05.....	122
Figura 18. Inspección criminalística 06.....	123
Figura 19. Inspección criminalística 07.....	124
Figura 20. Informe criminalístico 04.....	125



Figura 21.	Informe criminalístico 05	126
Figura 22.	Informe criminalístico 06	127
Figura 23.	Informe criminalístico 07	128
Figura 24.	Contenido de informe criminalístico.....	129
Figura 25.	Contenido de informe criminalístico.....	130
Figura 26.	Inspección criminalística 08.....	131
Figura 27.	Acta de recojo de indicios y evidencias	132
Figura 28.	Dirección de Criminalística del Departamento de Investigación Policial	133
Figura 29.	Búsqueda de informes periciales sobre suicido por ahorcamiento	133
Figura 30.	Recopilación y traslado de información sobre suicido por ahorcamiento	134
Figura 31.	Equipo de Criminalística de la Policía Nacional de la Región Puno	135



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Composición poblacional de la región Puno.....	68
Tabla 2. Distribución en el suicidio por sexo en casos por ahorcamiento	71
Tabla 3. Distribución en el suicidio por ahorcamiento por años y género.....	72
Tabla 4. Distribución y tasa según categoría de edad en la muerte por ahorcamiento	74
Tabla 5. Tasa de suicidio del 2019 al 2021 según provincias de la región de Puno	77
Tabla 6. Tipo objeto constrictor utilizado en la muerte por suicidio por ahorcamiento	80
Tabla 7. Prueba de chi cuadrado para la relación entre objeto constrictor y el sexo	81
Tabla 8. Suicidios por ahorcamiento desde año 2019 hasta el 2021	82
Tabla 9. Suicidios por ahorcamiento por meses y años	83



RESUMEN

El ahorcamiento es considerado una modalidad de suicidio. Esta forma de suicidio ocupa el primer lugar en la mayoría de los informes periciales de varios países. Por otro lado, se ha demostrado que su incidencia varía según el sexo, grupo de edad, origen geográfico e impacto de desastres naturales a nivel de población, por lo que es necesario caracterizar al suicidio en poblaciones específicas, con el propósito de conocer el factor de riesgo de este problema. En ese sentido, el presente estudio tuvo como propósito caracterizar al suicidio por ahorcamiento, con una muestra de 113 informes periciales de inspección criminalística procedentes de las oficinas de criminalística de la Policía Nacional de los distritos de Puno y Juliaca de la región Puno correspondientes a los años 2019 al 2021. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y de diseño no experimental, dado que solo analizó una variable en el estudio. Las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron la observación simple y la guía de observación simple. En los resultados de investigación se halló que la mayor frecuencia de suicidios por ahorcamiento lo presentaron los individuos del sexo masculino, presentes en edades 16 a 24 años y las provincias de San Román y Puno. Además, no se evidenció una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre objeto constrictor utilizado y el sexo de la víctima, y durante el periodo de confinamiento por la COVID-19 no se evidenció una disminución en la tasa anual de suicidios por ahorcamiento.

Palabras claves: Ahorcamiento, Demografía, Problema de salud mental, Problema social, Suicidio.



ABSTRACT

Hanging is considered a form of suicide. This form of suicide ranks first in most expert reports in several countries. On the other hand, it has been shown that its incidence varies according to sex, age group, geographic origin and impact of natural disasters at the population level, so it is necessary to characterize suicide in specific populations, in order to know the risk factor of this problem. In this sense, the present study had the purpose of characterizing suicide by hanging, with a sample of 113 expert reports of criminal inspection from the criminalistic offices of the National Police of the districts of Puno and Juliaca of the Puno region corresponding to the years 2019 to 2021. The study had a quantitative approach, descriptive level and non-experimental design, given that it only analyzed one variable in the study. The techniques and instruments used for data collection were simple observation and the simple observation guide. In the research results, it was found that the highest frequency of suicide by hanging was among males, between 16 and 24 years of age, and in the provinces of San Roman and Puno. In addition, there was no statistically significant relationship ($p>0.05$) between the constrictor object used and the sex of the victim, and during the COVID-19 confinement period there was no evidence of a decrease in the annual rate of suicide by hanging.

Key words: Demographics, Hanging, Mental health problem, Social problem, Suicide.



INTRODUCCIÓN

El ahorcamiento es el método o modalidad más recurrente para consumar el acto suicida. Esta forma de suicidio ocupa en la mayoría de los informes periciales de varios países el primer lugar o al menos el segundo lugar después de la sobredosis. En los Estados Unidos (Baker et al., 2013), Arabia Saudí (Sing et al., 2013), Hungría (Sing et al., 2013) y Perú (Contreras-Cordova et al., 2022), por ejemplo, más del 50% de los suicidios ocurren por este medio.

Recientemente se ha señalado que su incidencia o tasa varía según el grupo de edad, sexo, distribución geográfica e influencia sociopolítica., por ejemplo, el estudio de Shah y De (1998) ha sugerido que existe una relación entre tasas de suicidio y la edad, alcanzando su pico entre los 65 y 79 años; sin embargo, en algunos países latinoamericanos como el caso de Ecuador, las tendencias difieren con los países nórdicos, ya que para el caso ecuatoriano el suicidio se ha incrementado en los grupos de edad de niños/as, adolescentes y jóvenes, y no en los grupos de adultos mayores, alcanzando su pico en la categoría de edad de 20 a 25 años (Betancourt, 2008). En ese sentido, es necesario caracterizar al suicidio en poblaciones específicas, con propósito de conocer el factor de riesgo de este problema en la población evaluada.

Por consiguiente, este estudio está centrado en caracterizar al suicidio por ahorcamiento en la población de Puno. Además, de comparar su incidencia y tasa estadística con los resultados de otras poblaciones.

La tesis tuvo una duración de un año y para analizar los resultados del estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, con datos recopilados de las oficinas de criminalística de la Policía Nacional del Perú de los distritos de Puno y Juliaca de la región Puno.



El trabajo de investigación tiene cuatro capítulos:

El primer capítulo comprende el planteamiento del problema, la formulación del problema, los antecedentes, la justificación, los objetivos de investigación, el marco teórico y el marco conceptual. En este capítulo se analizará la teoría existente sobre los conceptos, datos estadísticos e información que sostienen al suicido por ahorcamiento.

El segundo capítulo comprende la metodología de investigación utilizada. En este capítulo se describirá el método de investigación, la población, la muestra, la técnica, los instrumentos y los métodos estadísticos utilizados para procesar los datos.

El tercer capítulo comprende las características generales de la región de Puno y sus provincias, tomando en consideración su composición demográfica según sexo y grupos de edad.

Por último, el cuarto capítulo comprende los resultados hallados y la discusión. En este capítulo se analizará y discutirá los resultados en comparación de los resultados de otros estudios.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES, OBJETIVOS, MARCO TEÓRICO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio es un problema social y epidemiológico (Caraguay-Satama et al., 2019) que se encuentra entre las 3 principales causas de muerte en personas de 15 a 44 años a nivel mundial (OMS), siendo su modalidad más recurrente el ahorcamiento para lograr el acto (Elfawal y Awad, 1994). Asimismo, estudios recientes han demostrado que su incidencia varía según la categoría de edad, sexo, condición, procedencia geográfica y año (Madni Al et al., 2010; Meel, 2006); por eso, la comprensión de su etiología es compleja debido a la interacción de todas sus posibles causas (Aldavero Muñoz, 2018).

Las investigaciones a nivel internacional han enfocado su interés en conocer y describir las características del suicidio a través de ahorcamiento. Por ejemplo, Sing et al. (2013) a través de un análisis multifactorial en la población de Imphal en la India, describió que, un 49% de suicidios por ahorcamiento se presentó en individuos jóvenes de condición socioeconómica baja y que el desequilibrio conyugal es un factor que predispone al sexo femenino a cometer este acto. Por otra parte, Madni-Al et al. (2010) describió que, en la población de Arabia Saudita, las personas migrantes presentan la mayor frecuencia (84%) de suicidios en comparación con las personas locales (16%), debido a su condición de vida de nivel socioeconómico bajo.



A nivel latinoamericano, Moreno Pascual y Navia González (2012) refirieron que el terremoto y posterior tsunami del año 2010 en la ciudad de Concepción, Chile, produjo un incremento de suicidios por ahorcamiento en un 12.7% para el año 2011, así mismo, Guarnizo Chávez y Romero Heredia (2021) mencionaron que, el aislamiento a causa de la pandemia por la COVID-19 ha podido generar problemas de salud mental en individuos adolescentes; por ello, se ha sugerido que los desastres naturales y epidemias pueden desencadenar una crisis suicida en aquellos grupos o poblaciones afectadas.

A nivel regional, Contreras-Cordova et al. (2022) realizaron una descripción epidemiológica del suicidio en Perú, donde mostraron una frecuencia superior para las poblaciones de la costa (60%) en comparación de la selva (8%), lo que da cuenta, que las poblaciones urbanizadas son generalmente las más afectadas.

Por lo tanto, con la finalidad de conocer mejor las características del suicidio a través de ahorcamiento en nuestra región, se formulan las siguientes interrogantes:

1.1.1. Pregunta general

- ¿Cuáles son las características del suicidio a través de ahorcamiento en el periodo 2019 – 2021 en la región de Puno?

1.1.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál es el sexo que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno?
- ¿Cuál es el grupo etario que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno?



- ¿Cómo es la tendencia en el suicidio por ahorcamientos según las provincias de la región Puno?
- ¿Existe relación entre el tipo de objeto constrictor y el sexo en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno?
- ¿Cómo ha sido la tendencia de suicidios a través de ahorcamiento durante el periodo de confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19?

1.2. ANTECEDENTES

1.2.1. Antecedentes internacionales

Meel (2006), en su estudio correlacionó el número de ahorcamientos con la edad y sexo, con una muestra de registro documental de 1000 cadáveres necropsiados en el Hospital General de Umtata de la Facultad de Medicina de la Universidad de Transkei. En sus hallazgos reportó una tendencia de aumento de suicidios por ahorcamiento de 5.2 por 100.00 para 1993 y 16.2 para 2003; de acuerdo al sexo, los individuos masculinos (7.8 por 100.00) mostraron una incidencia superior con respecto a los individuos femeninos (1.2 por 100.00); así mismo, reportaron que la incidencia disminuye a medida que la edad avanza, por ejemplo, en las categorías de edad de 20 a 29 años evidenciaron una incidencia superior (32.8 por 100.00) respecto de aquellos individuos con edades superiores a los 70 años (2.2 por 100.00). Por otra parte, el 86.4% eran individuos masculinos y el 13.6% individuos femeninos, lo cual evidenció 6.4 suicidios masculinos por cada suicidio femenino. Por último, el pico más alto de suicidios se produjo durante el mes de mayo y el pico más bajo durante el mes de septiembre.



Concluyendo que, los suicidios por ahorcamiento están aumentado, siendo los grupos de edad joven y sexo masculino los más propensos.

Üzün et al. (2007), en su estudio analizaron las muertes documentadas de casos por ahorcamiento, con una muestra de 761 casos de ahorcamiento de origen suicida procedentes de cadáveres necropsiados en el Instituto de Medicina Forense de Estambul. En sus resultados encontraron una frecuencia mayor para individuos masculinos (71%) respecto de femeninos (29%); según el rango de edad, la mayor frecuencia se evidenció en individuos con edades comprendidas desde los 20 hasta los 29 años (26%); de acuerdo a la ubicación, la casa fue el lugar de suicidio más frecuente (83%). Por otra parte, se determinó fracturas para el cartílago tiroides en 163 casos, seguido del hioides y tiroides con 106 casos. Por último, en 91 casos se detectó alcohol, alcanzando su nivel más alto en 421 mg/dl y su nivel más bajo en 30 mg/dl. Concluyendo que las necropsias forenses por exámenes palpatorios y visuales para la búsqueda de fracturas deben ser considerados como método preliminar y el examen de estereomicroscopia del órgano complejo como método principal durante la investigación forense.

Ahmad y Hossain (2010), en su estudio tuvieron como propósito identificar el patrón de los casos de ahorcamiento que utilizaron como método el suicidio y describir su situación en la ciudad de Bangladesh, con una muestra 145 casos que fueron necropsiados en la morgue de la Facultad de Medicina de Sir Salimullah durante los años del 2003 hasta el 2005. En sus resultados reportaron una frecuencia mayor para los individuos del sexo masculino (41%) respecto del sexo femenino (59%); en cuanto a la categoría de edad más afectada, el grupo de 20 a 30 años presentó la mayor frecuencia con un 46%; así mismo, identificaron



que un 70% de las víctimas se ahorcaron durante la noche y 30% lo hicieron durante el día. Por otro lado, el 97% de las víctimas presentó una suspensión completa y 3% parcial; con respecto al lado del nudo, en un 46% de casos se situó en el lado derecho y en 39% en el lado izquierdo; con respecto al tipo de lesión y material utilizado, en 27% se presentó fractura en el hueso hioides y en 35% fractura en el cartílago tiroides y la ligadura Dopatta (orna) fue el material más utilizado (35%). Por último, la disputa familiar entre marido y mujer fue la causa más común de suicidio. Concluyendo que, se necesita de un programa que permita identificar aquellos factores causales de prevención, además la influencia de los medios de comunicación sobre el suicidio y el fomento de actividades para los jóvenes permitirá que la tasa de suicidio por ahorcamiento se reduzca en el futuro.

Madni-Al et al. (2010), en su investigación correlacionaron el número de ahorcamientos suicidas con la edad y el género, con una muestra de 133 casos que fueron necropsiados en el Centro de Medicina Forense de Dammam durante los periodos de enero de 2003 y diciembre de 2007. En sus resultados reportaron que el 87% de los casos procedían del sexo masculino y el 13% del sexo femenino; con respecto a la tendencia de crecimiento según edad, estimaron un crecimiento mayor para las edades comprendidas entre los 21 y 50 años (89%), con una tasa de crecimiento mayor en la cuarta década; así mismo, los extranjeros procedentes de la India presentaron la mayor frecuencia (47%), seguidos de 11 nacionalidades extranjeras (37%), y por último los nacionales sauditas (16%). Por otro lado, los actos suicidas alcanzaron su pico más alto en el mes de junio y más bajo en los meses de febrero y diciembre; y, en cuanto a la ocupación, el 75% fueron hombres trabajadores y el 11% mujeres empleadas de hogar, además se identificaron enfermedades psicológicas en un 14%, problemas familiares 6% y notas suicidas



en un 5%. Concluyeron que el suicidio por ahorcamiento es el método más común en el Reino de Arabia Saudí, especialmente en extranjeros procedentes del sudeste asiático, los cuales presentan un bajo nivel de vida.

Sarma y Kola (2010), en su investigación compararon el perfil sociodemográfico de las víctimas de suicidios por ahorcamiento. Su muestra estuvo conformada por 9674 informes de suicidios proporcionados por la Oficina Central de Estadísticas de Irlanda. En sus resultados hallaron una probabilidad estadística significativa de muertes por ahorcamiento para individuos del sexo masculino (47%) y, una probabilidad mayor de suicidios por envenenamiento para individuos del sexo femenino (32%). En cuanto al método de suicidio, los ahorcamientos han superado a todos los demás métodos de suicidio y la probabilidad de muertes por el método de ahorcamiento es significativamente mayor en individuos jóvenes ($m = 37.4$, $sd = 16.7$) respecto a otras categorías de edad ($m = 42.72$, $sd = 16.7$). Concluyeron que en general las variables demográficas pueden explicar un 6% de la varianza de la variable suicidio.

Sing et al. (2013), en su investigación analizaron las muertes que suscitaron en Imphal en relación con aquellos factores que se relacionan con este tipo de muerte, con una muestra de 35 cadáveres que fueron necropsiados en la morgue del Instituto Regional de Ciencias Médicas de Imphal, los cuales fueron recolectados por un periodo de tiempo de dos años. En sus resultados hallaron que un 51% de los casos procedían de un nivel socioeconómico bajo y un 49% de un nivel medio; con respecto a la ocupación, reportaron una mayor frecuencia para las amas de casa con un 34% y estudiantes con un 17%, y la menor frecuencia para las ocupaciones de agricultura, conducción y desempleo con un 3%. Por otra



parte, entre los factores que predisponen al ahorcamiento hallaron que, los problemas financieros fueron los más frecuentes con un 17% y los menos frecuentes los ligados al alcoholismo (6%), problemas mentales (6%) y abuso de drogas (3%). Además, los suicidios en un 83% se produjeron en el interior de la vivienda, siendo el dormitorio el lugar más frecuente (51%). Respecto del material utilizado, las cuerdas de Nylon fueron las más frecuentes con un 29%. Por último, en un 69% se halló una suspensión completa. Concluyeron que, los suicidios se dan con mayor frecuencia en individuos jóvenes que pertenecen al grupo socioeconómico bajo, la falta de armonía conyugal es un factor que predispone al sexo femenino y el nivel de ansiedad a causa de la denegación de licencia predispone al grupo del personal de seguridad a cometer un acto suicida.

Caraguay-Satama et al. (2019), en su investigación tuvieron como propósito estudiar los suicidios por ahorcamiento en la ciudad y provincia de Loja, con una muestra de 43 cadáveres que fueron necropsiados en el Centro de Investigación de Ciencias Forenses de Loja entre los años de 2015 y 2016. En sus resultados hallaron una frecuencia mayor de suicidios en hombres (86%) en comparación de mujeres (16%); en cuanto al grupo etario, los individuos con edades comprendidas desde 11 hasta los 30 años fueron los que mayor frecuencia presentaron con un 28%. Con respecto a la causa del suicidio, reportaron que en un 49% no se determinó la causa, y en los casos que se identificó, el alcoholismo fue la causa más frecuente con un 16%, seguido de las situaciones sentimentales 14%, económicas 7%, depresivas 2% y familiares 2%. Concluyendo que, en las muertes por suicidio, la vigilancia y la prevención de las conductas suicidas podrían mejorar la exactitud para determinar las causas no conocidas, además de mejorar las estadísticas y la epidemiología de esta problemática social.



1.2.2. Antecedentes nacionales

Lira et al. (2012), en su investigación determinaron la incidencia según edad, sexo, mecanismo, lesiones cervicales, morfología de surco y etiología, con una muestra de 228 protocolos de necropsia de ley procedentes de la Morgue Central de Lima. En sus resultados hallaron una frecuencia mayor para hombres (70.2%), en comparación de mujeres (26.35). Con respecto a la categoría de edad, los individuos de 20 a 29 años presentaron una frecuencia mayor (31%), seguido de la categoría de 11 a 19 años (20%). Con respecto al tipo de ahorcadura, la suspensión incompleta fue la más frecuente (83%) y la suspensión completa la menos frecuente (17%). Por último, con respecto a la etiología, el ahorcamiento fue la modalidad de suicidio más frecuente (97%). Concluyendo que, existe una tendencia mayor para aquellos individuos procedentes de categorías de edad joven, de sexo masculino y con suspensión incompleta.

Contreras-Cordova et al. (2022), en su estudio describieron las características epidemiológicas del suicidio en Perú, con una muestra de 2579 datos de la base del SINADef. En sus resultados indicaron una frecuencia mayor para individuos del sexo masculino (69.5%) con respecto al femenino (30.5%); según la categoría de edad, los individuos adultos jóvenes presentaron una mayor frecuencia (25.9%) y los individuos niños una menor frecuencia (0.2%); de acuerdo al estado civil, los individuos solteros evidenciaron una mayor frecuencia (79.5%) y los separados una menor frecuencia (0.3%); así mismo, el nivel de instrucción mostró una mayor frecuencia en aquellos individuos que poseían un nivel de instrucción de secundaria completa (26.6%) y una menor frecuencia para aquellos individuos que poseían un nivel de instrucción de preescolar (0.1%). Por

último, según la región natural, la costa presentó un nivel suicidio superior (60.0%) con respecto a la sierra (32.2%) y la selva (7.6%). Concluyeron que, los casos de suicidios son más frecuentes en individuos del sexo masculino, de categoría de edad adulto joven y con el método de suicidio por ahorcamiento, además mencionaron que, durante los últimos años, el método de envenenamiento se ha incrementado.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El suicidio es un problema social y de salud pública que se presenta en la población de la mayoría de los países a nivel mundial (Caraguay-Satama et al., 2019). Asimismo, debido a que en su etiología influyen factores como: el contexto social, cultural, económico y factores de tipo individual, se ha sugerido que la descripción de sus características puede ser útil para prevenir las conductas suicidas y mejorar la determinación de causas no conocidas (Caraguay-Satama et al., 2019), además algunos estudios han demostrado que algunas variables demográficas pueden explicar un 6% de la varianza del suicidio (Sarma y Kola, 2010); por lo mencionado, es importante analizar los perfiles sociodemográficos de las personas que se suicidan a través del ahorcamiento para conocer los daños que causa este problema a la sociedad.

Por lo tanto, en el estudio se caracterizará las muertes por suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno y se describirá su tendencia estadística en un periodo de tiempo de tres años.

Asimismo, el estudio mejorará las estadísticas y la epidemiología del suicidio a través de ahorcamiento a la región Puno, y servirá de apoyo a instituciones públicas, privadas, universidades y a futuros investigadores interesados en esta problemática humana.



1.4. MARCO TEÓRICO

1.4.1. El suicidio

El suicidio es un problema social que posee una gran complejidad de causas, desde el punto de vista de la suicidología este problema social se ha abordado desde dos enfoques. El primer enfoque implica el uso de conocimientos, técnicas, explicaciones y expertos en psi (psicología, psiquiatría y afines), que han contribuido en la medicalización y patologización del suicidio. El segundo enfoque se basa en regímenes de agregación estadística en forma de tasas de suicidio, en este enfoque se han incluido a ciencias como: la sociología, la criminología, la demografía y la salud pública. Ambos enfoques han contribuido en la comprensión del suicidio, por ejemplo, la medicalización ha racionalizado el suicidio en términos de patología, mientras que la cuantificación ha demostrado correlaciones estadísticas del suicidio con algunos indicadores de salud (Münster y Broz, 2015).

Por otro lado, como refiere Macdonald (2003), los antropólogos somos eclécticos y solemos tomar préstamos de otros campos del conocimiento como el psicoanálisis, la sociología y la estadística, con el propósito de explicar un hecho social. En ese sentido, desde un punto de vista antropológico social, el suicidio puede dividirse en dos categorías. La primera denominada como socio-psicológica (SP) y la segunda etno-psiquiatría (PE). Los estudios SP son aquellos que se basan en estudios de casos y prestan poca atención o ninguna atención a la estadística, mientras que los estudios PE, a pesar que no se fundamentan principalmente en la estadística, explican los casos a partir de ahí. Por ejemplo, al



comparar las tasas de suicidio de determinados grupos poblaciones frente a otros (Hezel, 1984).

En ese sentido, en el estudio creemos que es fundamental que el antropólogo social o cultural comprenda las diferentes formas de percibir el suicidio desde las diferentes disciplinas que han abordado este problema social. Por ello, en las siguientes secciones se desarrollará estos planteamientos teóricos para una mejor comprensión sobre el suicidio.

1.4.2. Teoría del suicidio desde la psicología

Existen varias teorías psicológicas sobre el fenómeno suicida que han sido probadas y se ha encontrado que poseen diferentes grados de apoyo empírico, a continuación, se tratarán aquellos modelos que están basados en investigaciones empíricas que subyacen dentro de la conducta suicida.

a). Teorías psicodinámicas

Las observaciones de Freud sobre la autodestrucción, condujeron a la creación de teorías y estudios psicoanalíticos que influyeron en las investigaciones del fenómeno suicida.

En 1920 Freud conceptualizó cómo las fuerzas internas promueven la autodestrucción, esta teoría postula que las pulsiones de vida y muerte eran instintos básicos opuestos. La pulsión de vida estaba dirigida a disminuir las tensiones asociadas a las necesidades de supervivencia, mientras que la pulsión de muerte estaba dirigida a eliminar la tensión de la vida misma. En ese sentido, Freud postuló que el objetivo de los todos organismos es volver a la quietud del mundo inorgánico y que la compulsión de repetición era la base de los



comportamientos autodestructivos. Además, creía que la energía para suicidarse provenía de un deseo anterior de destruir a otro (Barzilay y Apter, 2014).

Siguiendo el postulado de Freud, Menninger en 1938, afirmó que el suicidio es una forma de homicidio invertido o asesinato en un grado de 180. Conceptualizó que el suicidio está conformado por una triada de deseos: el deseo de matar (asesinato), el deseo de ser asesinado (culpa) y el deseo de morir (depresión). El deseo de matar se orienta hacia un objeto externo y posteriormente se introyecta en el ego, de esta forma se producen sentimientos de culpa por desear la muerte de seres queridos. A medida que el ego se ve afectado por el odio y se culpa hacia sí mismo, evoluciona el deseo de morir deprimido y de ser asesinado como castigo por los pensamientos de desear la muerte de otros (Barzilay y Apter, 2014).

Por otro lado, Melanie Klein (1935, 1946), fue la primera teórica en postular las “relaciones objetales” en el suicidio, esta teoría se derivó de las diferencias entre las posiciones “paranoide-ezquizoide” y “depresiva”. En la posición paranoide-ezquizoide existe la tendencia de proyectar odio sobre el objeto, lo que provoca ansiedad anhilatoria y miedo a la pérdida del objeto bueno debido a la destructividad del objeto malo. Por ejemplo, en algunos casos el objeto malo se proyecta en el propio cuerpo, por lo que atacar al propio cuerpo es asaltar la sede del objeto malo. En la posición depresiva, el yo experimenta cómo el objeto malo y bueno están centrados en el mismo objeto. Esto conduce a la ansiedad depresiva, ya que ocasiona el temor por la pérdida del objeto y la culpa por los deseos sádicos hacia el objeto (Ronningstam et al., 2021).



b). Teorías psicológicas del dolor

En 1993 Shneidman propuso la teoría psicológica del dolor o lo que el autor ha llamado “*psychache*” (Shneidman, 1993). Esta teoría plantea que los suicidas experimentan un dolor psicológico y el suicidio es una forma de escapar de este sufrimiento. Shneidman acuñó el término “*psique*” para describir este dolor. La *psique* es el dolor, la angustia, la vergüenza, la culpa, el miedo, la ansiedad, la soledad o el pavor de los sentidos de envejecer o morir mal; por tanto, el suicidio ocurre cuando la *psique* es insoportable (Shneidman, 1997). Además, postuló que este tipo de dolor es diferente a la depresión o la desesperación, ya que el individuo busca un alivio y no tiene otra solución que la muerte (Barzilay y Apter, 2014).

En 1997 Williams propone que el suicidio es un deseo de escapar del yo. Esta teoría se basa en el concepto de fuga detenida que aparece en la literatura sobre el comportamiento animal y se ha sugerido para explicar la depresión en humanos. En general, este modelo considera que la conducta suicida es un grito de dolor más que un grito de auxilio en respuesta a una situación intolerable, además integra factores psicobiológicos y evolutivos, y hace hincapié entre la interacción de las emociones y cogniciones, en el camino conlleva hacia el suicidio (Barzilay y Apter, 2014).

c). El modelo motivacional-volitivo integrado de O'Connor

El modelo motivacional-volitivo integrado de O'Connor (IMV) se basa en la teoría de Williams (1997) y en la teoría de la “conducta planificada”. El IMV se divide en tres fases: la fase premotivacional, la fase motivacional y la fase volitiva. La fase premotivacional, O'Connor la denomina “triada diátesis-entorno-



acontecimientos vitales”, que incluye aquellas características de fondo del individuo y los acontecimientos desencadenantes. La fase motivacional, se basa en el modelo del grito de dolor, que estudia al suicidio como un deseo de escapar del yo y, por último, la fase volitiva, está conformada por aquellos factores de riesgo clave para el suicidio (por ejemplo, la capacidad adquirida para el suicidio) que establecen una relación entre la ideación suicida y el intento de suicidio (Lester & Gunn, 2016).

1.4.3. Teoría del suicidio desde la sociología

Emile Durkheim a través de cruces y promedios estadísticos de una amplia gama de variables explica el fenómeno del suicidio (Palacio, 2010). Durkheim considera que los hechos sociales deben ser estudiados como realidades exteriores al individuo, ya que los individuos no son los que se suicidan, sino es la misma sociedad a través de determinados individuos. Asimismo, postula que los suicidios resultan de la perturbación o desintegración entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro tipos de suicidios: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista (Rodríguez-Pulido et al., 1990).

El suicidio egoísta ocurre cuando una sociedad en la que se vive ha sufrido un proceso de desintegración, de esta forma se promueve un alto grado de individualismo, el yo individual se afirma con exceso con respecto al yo social (Rodríguez-Pulido et al., 1990). Por ejemplo, un suicidio egoísta se manifiesta cuando un individuo ha sufrido una gran insatisfacción y perdido toda la razón para vivir, pues no tiene referencia de aquellos que lo rodean y su única salida es el suicidio (Crespo Gómez, 2011).



El suicidio altruista es un opuesto del suicidio egoísta, puesto que se presenta en aquellas sociedades excesivamente integradas, donde el yo no sé pertenece y se confunde con otra cosa que no es. Por ejemplo, un caso de suicidio altruista sería cuando un soldado se suicida por vergüenza al haber faltado a las normas militares (Crespo Gómez, 2011).

El suicidio anómico, depende de la dislocación o fallo de los valores sociales (Púlido et al., 1990), se da en aquellas sociedades perturbadas, en momentos de crisis económica o cambio social. En este suicidio el individuo se encuentra desprovisto de normas y reglas que guían su vida social cotidiana (Crespo Gómez, 2011).

El suicidio fatalista se caracteriza por la reglamentación o control excesivo, por ejemplo, un suicidio fatalista, es el que cometen aquellos sujetos cuyo porvenir está limitado (Púlido et al., 1990), como en una sociedad de esclavos (Crespo Gómez, 2011).

Por otro lado, se destaca la teoría del “cambio de estatus”. Durkem y Sainsbury proponen que la posición social tiene cierta probabilidad de conducir a un suicidio, por ejemplo, en el estudio de Porterfield y Gibbs (1960) encontraron que el prestigio ocupacional de una familia produciría una proporción significativamente mayor de hijos suicidas, en comparación con los hijos nacidos en otros niveles, además entre generaciones las posiciones tienden a cambiar libremente en la escala de prestigio.

Por último, la teoría de Gibbs y Martin (1958) postula que cuanto más bajo sea la tasa de suicidio, más estables y duraderas son las relaciones y expectativas



sociales. Asimismo, los individuos tienden a experimentar una mayor integración de status.

1.4.4. Teoría del suicidio desde la antropología

El suicidio es un tema que ha atraído considerablemente la atención en ciencias, tales como la psicología, sociología, filosofía y criminología. Los antropólogos sociales o culturales ocasionalmente se han ocupado de estudiar el suicidio o el comportamiento suicida en comparación a otros científicos sociales, especialmente psicólogos y sociólogos (Macdonald, 2003).

Los primeros estudios antropológicos culturales con relación al suicidio se remontan a finales del siglo XIX, cuando Steinmetz (1894: 59) escribió en algunas páginas de la *American Anthropologist* que los modelos sociológicos y psicológicos fuera de Europa y Norteamérica no encajaban en los modelos sociológicos o psicológicos populares de la época, puesto que los suicidios en las sociedades primitivas eran mucho más frecuentes que las descripciones realizadas por algunos sociólogos como Guido Morselli (inspirado de Durkheim), quien sostuvo que el suicidio era un correlato de la evolución, la complejidad social y la psicología humana. Además, Steinmetz también lamentó la escasa atención que los antropólogos sociales en aquella época prestaban al fenómeno del suicidio (Widger, 2015).

En 1926 Malinowski en su obra etnográfica “Crimen y Costumbre en la Sociedad Salvaje”, describió el modelo de suicidio de las islas Trobriand. Malinowski señaló que en estas islas el suicidio se practicaba por dos métodos, tales como el *lo’u* (lanzarse desde lo alto de una palmera) y tomando el veneno que se extrae de la vesícula biliar de un pez globo. Asimismo, refirió que el suicidio



es una forma social de reparación y para explicar esta particularidad narró algunos casos en concreto. En primer lugar, describió como Kima'í, un muchacho de aproximadamente 16 años, se arrojó de una palmera de una altura de 20 metros, luego de que un rival, quien fuera un pretendiente de su prima con quien Kima'í tenía una relación lo acusara de incesto; por ello, el desafortunado joven no tuvo otro remedio o vía de escape que el suicidio. Por último, una muchacha de nombre Bomawaku que estaba enamorada de un joven de su clan, tenía como pretendiente oficial a otro joven por quien no sentía ningún afecto. La muchacha vivía en un bukumatula (dormitorio para solteras), donde recibía a su amante ilícito y al ser descubierta y acusada por su pretendiente en público, se arregló con su vestido de fiestas y adornos, y lamentándose se lanzó desde lo alto de una palmera.

Widger (2015), ha señalado que el argumento descrito por Malinowski en el párrafo anterior puede entenderse de dos maneras. Primero, el suicidio en poblaciones pequeñas es un fenómeno ontológicamente subjetivo, que no surge debido a la existencia de distintos niveles de integración social o regulación moral, sino como una institución social funcional por derecho propio, donde los individuos satisfacen sus necesidades en determinadas circunstancias. Por ejemplo, en el caso de las islas Trobiand, tanto el suicidio como el intento suicida, podían utilizarse como una respuesta a un desaire personal y, la gravedad del insulto puede conllevar a diferentes consecuencias para los implicados. Segundo, el suicidio es un hecho epistémicamente objetivo, donde la objetividad epistémica de la definición de suicidio sólo puede derivarse de la subjetividad ontológica de los lugares pequeños; por tanto, la subjetividad ontológica da lugar a la objetividad epistemológica, el particularismo da lugar al normativismo y la práctica da lugar a la representación.



Por otro lado, Macdonald (2003), ha mencionado que las teorías antropológicas sobre el suicidio pueden dividirse en dos categorías: la socio-psicología (SP) y la etno-psiquiátrica (EP). En los estudios EP, los científicos sociales basan sus interpretaciones en los estudios de caso y prestan poca o ninguna atención a la estadística, ya que se dedican a estudiar la lógica interna de los procesos psicodinámicos. Por ejemplo, desde una perspectiva EP, los antropólogos pueden explicar bastante bien porque los jóvenes de Gisu de África y las mujeres Aguarana de India están estresados, pero ¿Por qué deberían suicidarse?, desde esta perspectiva el estrés no es razón suficiente para que las situaciones estresantes o los conflictos de roles desemboquen en un acto suicida. Por otro lado, en los estudios SP, aunque no se basan principalmente en la estadística suelen contar los casos a partir de ahí. Por ejemplo, la comparación de tasas de cambios de los suicidios de determinadas poblaciones frente a otras poblaciones o la generalización de los perfiles psicóticos o psicológicos dentro de un mismo grupo poblacional.

Por lo referido en los párrafos anteriores, en el estudio se tomará en consideración la perspectiva socio-psicológica para explicar las tasas de suicidio de la región de Puno, en comparación a las tasas de otras poblaciones.

a). La etnografía del suicidio

El suicidio se configura como un fenómeno humano y social de gran complejidad, en el que intervienen diversos matices y actores. Durante la última década, se ha suscitado una creciente preocupación por los suicidios y las tentativas de autolisis, fenómenos que adquieren cada vez mayor visibilidad. Se



exploran los aportes del enfoque etnográfico en el análisis de casos de suicidio, empleando el análisis ritual procesual desarrollado por Víctor Turner.

Las ciencias sociales y, particularmente, la antropología, tienen la responsabilidad de brindar contribuciones investigativas que arrojen luz sobre la multiplicidad de significados y los diversos actores sociales impactados por este fenómeno (Campo Aráuz y Aparicio, 2017).

1.4.5. El suicidio como problema social

El suicidio es un problema social cuya incidencia varía según la categoría de edad, género, distribución geográfica e influencia sociopolítica (Anders, 2017). En la actualidad no se ha podido identificar el factor de riesgo de este problema para prevenir sus daños a la sociedad, debido a la heterogeneidad etiológica que posee; sin embargo, varios estudios (Madni-Al et al., 2010; Meel, 2006) han evidenciado un incremento de mortalidad a medida que pasan los años, siendo los grupos más afectados los que proceden del sexo masculino, de categorías de edad juvenil, migrantes de condición socioeconómica baja e individuos expuestos a desastres naturales. Por otro lado, se ha sugerido que los análisis multifactoriales son útiles para esclarecer el panorama de esta problemática, ya que pueden ser utilizados para la creación de programas de vigilancia y prevención de conductas suicidas (Caraguay-Satama et al., 2019).

1.4.6. El suicidio y su relación con las características sociodemográficas

Como se ha mencionado más arriba, el suicidio está estrechamente relacionado con algunas características sociodemográficas, tales como: el sexo, la edad, la condición social y algunos periodos de tiempo relacionados con desastres



sobrenaturales; en ese sentido, en los siguientes apartados se desarrollará la relación entre suicidio y las características sociodemográficas para una comprensión más amplia.

a). El suicidio y su relación con el sexo

Las estimaciones estadísticas sobre el suicidio consumado, la ideación suicida y la conducta de intento de suicidio muestran relaciones con el género. En general, la tasa de suicidios de individuos masculinos es muy superior a la femenina, con estudios de estadística de población que sugieren que los varones mueren por suicidio tres a cuatro veces más que las mujeres. Por el contrario, en la ideación e intento suicida, existe un predominio de los individuos femeninos sobre los masculinos, pues se ha reportado que las mujeres presentan el doble de probabilidad que los varones de intentar suicidarse o tener una ideación suicida (Beautrais, 2002). A este fenómeno que se suicidan con mayor frecuencia los varones y se intentan suicidar con mayor frecuencia las mujeres, se le conoce como “la paradoja de género del comportamiento suicida” (Freeman et al., 2017). Asimismo, se ha planteado una serie de posibles razones de género para explicar las conductas suicidas. Estas razones incluyen la elección del método, la intención suicida y las diferencias socioculturales (Beautrais, 2002).

La elección del método: En general, los varones tienden a utilizar métodos de suicidio más letales que las mujeres. Mientras que la mayoría de los varones que mueren por suicidio utilizan el ahorcamiento y las armas de fuego, la mayoría de las mujeres que intentan suicidarse utilizan el autoenvenenamiento, un método que, aunque puede causar una alta toxicidad, tiende a tener una letalidad baja y una acción relativamente lenta; por lo tanto, la probabilidad de



supervivencia aumentará significativamente cuando se utilicen métodos con agentes menos violentos y de acción lenta, como el caso de las mujeres (Beautrais, 2002).

La explicación anterior ha sido respaldada recientemente por algunos estudios. Por ejemplo, el estudio de Tsirigotis et al. (2011), evaluaron los métodos utilizados en los intentos suicidas por varones y mujeres en población de Polonia, con una muestra de 147 individuos (33 hombres y 114 mujeres) de edades comprendidas entre los 14 y los 33 años. En sus resultados halló diferencias significativas en la elección del método de suicidio utilizado por las mujeres y los varones, ya que las mujeres tendían a elegir como método la sobredosis de drogas farmacológicas y la exanguinación, y los varones elegían con mayor frecuencia el ahorcamiento.

La intención suicida: Para los intentos suicidas, cuya tasa es 20 veces superior que la de suicidios, se ha sugerido que las diferencias de género se deben a que las mujeres utilizan intencionalmente métodos que tienen menos probabilidad de causar la muerte (Beautrais, 2002), lo que explica por qué las mujeres sobreviven más a los intentos de suicidio que los varones.

Esta sugerencia, que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los varones, sería respalda por el estudio de Freeman et al. (2017), quienes hallaron una asociación significativa entre la intención suicida y el género, donde los intentos de suicidio graves se clasificaron significativamente ($p < 0.001$) con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres.

Por otro lado, el estudio de Freeman et al. (2017), ha sugerido que la depresión puede explicar la mayor incidencia de conductas suicidas en las



mujeres, ya que se ha encontrado que las mujeres tienen el doble de probabilidad de sufrir de enfermedades mentales que los varones (Zhao et al., 2020).

Diferencias socioculturales: Desde un enfoque social, se ha planteado que el suicidio afecta de manera muy diferente a los varones y las mujeres. Esta diferencia se debe a las expectativas que la sociedad tiene sobre los roles de género. Por ejemplo, en los varones se ha propuesto un modelo hegemónico de masculinidad que se asienta en el poder, dominación, fuerza, competitividad, control emocional, racionalidad y valentía, generando de este modo ventajas y desventajas en los varones; entre las ventajas se encuentra la alta autoestima de pertenecer a ese colectivo masculino y entre las desventajas la ausencia de carecer de recursos económicos, emocionales y autoayuda (Rosado-Millán et al., 2014). En contraste, en las mujeres se ha sugerido una serie de cuestiones psicosociales. Una de ellas se refiere a la disposición de buscar ayuda para solucionar los problemas emocionales, por ejemplo, estadísticamente se ha evidenciado, que las mujeres son más propensas a utilizar las líneas telefónicas de ayuda que los varones, a pesar del anonimato que ofrecen estas líneas a los que llaman (Beautrais, 2002).

Por otro lado, los significados culturales también pueden influir en la conducta suicida según el género. Los estudios sugieren que, en el suicidio, el abuso de alcohol y drogas se perciben típicamente como “masculinos”, y la conducta suicida no mortal se percibe más como “femenina”; en consecuencia, esta diferencia en la aceptabilidad social puede tener impactos en el comportamiento suicida en ambos sexos, ya que estos valores culturales pueden



limitar a las mujeres cometer un acto suicida y los varones a ir contra de un intento suicida (Schrijvers et al., 2012).

b). El suicidio y su relación con la edad

El estudio de Shah y De (1998), ha sugerido que las tasas de suicidio están influenciadas de forma independiente por la edad, tanto en individuos masculinos como femeninos, alcanzando su pico más elevado entre los 65 y 79 años. Esta tendencia ha sido corroborada por las estadísticas de varios países, donde se ha observado un aumento significativo en las tasas de suicidio con el aumento de la edad; sin embargo, el Banco de Datos de la Organización Mundial de la Salud en 1995, ha evidenciado que los suicidios no han aumentado con la edad en algunos países, tales como Mauricio, Colombia, Albania y Finlandia (Shah, 2007). Además, recientemente el estudio de (Betancourt, 2008) ha demostrado como en algunos países latinoamericanos como el caso de Ecuador, las tendencias difieren con los países nórdicos, ya que para el caso ecuatoriano el suicidio se ha incrementado en los grupos de edad de niños/as, adolescentes y jóvenes, y no en los grupos de adultos mayores, alcanzando su pico más elevado en la categoría de edad de 20 a 25 años.

En ese sentido, en los siguientes apartados se explicará las tendencias y causas que están asociadas al suicidio según las categorías de edad.

El suicidio y las categorías de edad de niños: El suicidio es un evento raro durante la niñez (Pelkonen y Marttunen, 2003), por lo que existen limitadas investigaciones al respecto, además la conclusión de algunos investigadores es que, los niños no son capaces de suicidarse por sí mismos. A pesar de esta ambigüedad, algunos estudios han evidenciado que las tasas de suicidio de



niños de 5 a 14 años han aumentado en algunos países en estos últimos 30 años, por ejemplo, para el caso de los Estados Unidos, los suicidios en niños de 5 a 14 años se han incrementado de 0.4 por 100.000 en 1979 a 0.8 por 100.000 en 1990. Asimismo, a nivel mundial, esta tendencia ha sido similar, ya que para 1998 se ha estimado suicidios de 0.5 por 1000 en niñas y 0.9 por 1000 en niños de 5 a 14 años (Greydanus y Calles, 2007).

Las razones de suicidios infantiles se han asociado con el concepto de “muerte”. A pesar que el concepto de muerte puede ser un tema complejo y emocional, un niño puede aprender lentamente su significado desde una perspectiva adulta. Por ejemplo, a menudo los niños identifican la muerte cuando ven morir a sus familiares y a los animales; sin embargo, no suelen conocer la finalidad de la muerte hasta antes de la etapa de la pubertad, incluso, en la pubertad temprana no entienden que los individuos sanos también pueden morir (Greydanus y Calles, 2007).

El suicidio y las categorías de edad de adolescentes y jóvenes: Los suicidios en adolescentes y jóvenes figuran entre las tres principales causas de muerte a nivel mundial y las tasas se han ido incrementado en comparación a otros grupos de edad. Se ha estimado que alrededor de 90.000 adolescentes (individuos menores de 19 años) se suicidan cada año en el mundo y se ha evidenciado cómo esta cifra ha crecido a medida que la edad avanza, ya que, a diferencia de los adolescentes, la estimación de suicidios para los jóvenes (15-24 años) está entre 100.000 y 200.000 suicidios por cada año; sin embargo, estas tasas de suicidio han demostrado variaciones a nivel poblacional, por ejemplo, las tasas más bajas se registran en los países de América Latina y los países de Oriente Medio, con



estimaciones inferiores a 6.5 por cada 100.000 suicidios (Mann et al., 2005), por el contrario, en países como Finlandia, Letonia, Lituania, Nueva Zelanda, Federación Rusia y Eslovenia, las estimaciones son superiores a 30 por cada 100.000 suicidios (Greydanus y Calles, 2007).

En la actualidad, se ha sugerido que la etiología del suicidio adolescente y juvenil es muy compleja, debido a la interacción de numerosos factores contribuyentes; sin embargo, los conocimientos sobre los factores riesgo han aumentado sustancialmente, por ejemplo, se ha estudiado bastante como: los desórdenes mentales, las características específicas de la personalidad, la carga genética, los procesos familiares en combinación con los factores estresantes psicosociales, los modelos inspiradores y la disponibilidad de medios para cometer suicidio, son los factores de riesgo clave en el suicidio de individuos jóvenes (Bilsen, 2018).

El suicidio y la categoría de edad adulta: En comparación de las categorías de edad mencionadas con anterioridad, las tasas de suicidio de adultos mayores y de mediana edad son consistentemente más altas (Lutz et al., 2016). Recientemente, se ha reportado que las tasas de suicidio de mujeres y hombres de entre 35 y 64 años han aumentado sustancialmente entre los años de 1999 y 2010, estos datos han sido consistentes con los resultados hallados en algunas investigaciones, que reportaron que las tasas de suicidio ajustada en individuos de 35 a 64 años aumentaron de 13.7 por 100.000 en 1999 a 17.6 por 100.000 en el 2010 (Sullivan et al., 2013). Por lo tanto, algunas investigaciones han sugerido que el suicidio en adultos mayores y de mediana edad es un fenómeno que se mantiene relativamente estable en diferentes entornos (Stoliker et al., 2020).



Para explicar razones de suicidio en adultos mayores, se ha propuesto la teoría del “Desarrollo a lo largo de la vida” de Fiske y O’Riley (2016). Esta teoría postula que la ideación suicida en la vejez se encuentra relacionada con las restricciones y adversidades que presentan durante el envejecimiento, tales como las enfermedades físicas, el deterioro cognitivo, las pérdidas interpersonales y otros cambios relacionados con la edad; por lo tanto, aquellos individuos que no pueden hacer frente y adaptarse a estos cambios, estarán en un mayor riesgo de ideación suicida. Dicho de otra manera, el deseo de morir se manifestará cuando un individuo no sea capaz de adaptarse a los cambios que están asociado con el envejecimiento (Stoliker et al., 2020).

c). El suicidio y la inmigración

La inmigración es un proceso por el cual un individuo o grupo de individuos se movilizan de un contexto cultural a otro, con el propósito de establecerse por un largo periodo de tiempo o de por vida. Este proceso, ya sea voluntario o forzado, ha provocado cambios significativos en el comportamiento suicida de muchos inmigrantes (Ratkowska & De Leo, 2013), ya que algunas razones de migración, tales como la pobreza, la guerra, el trauma o la represión política, incluida la tortura pueden aumentar el riesgo de sufrir de problemas mentales más adelante (Spallek et al., 2015); asimismo, algunos estudios han demostrado cómo las tasas de suicidio de los migrantes han aumentado a nivel mundial, sin embargo, esta tendencia difiere de un país a otro (Voracek y Loibl, 2008). Por último, se ha sugerido que, algunos factores contextuales como la urbanización y la densidad étnica pueden influir en el comportamiento suicida de los inmigrantes (Ratkowska y De Leo, 2013).



d). Variación poblacional y tasas de suicidio entre inmigrantes

Varios estudios han demostrado que las tasas de suicidio difieren de un país a otro, y se ha sugerido que las tasas tienden a seguir el mismo patrón de suicidio del país de origen, mostrando correlaciones positivas y significativas entre las tasas de suicidio de inmigrantes y del país de origen (Ratkowska y De Leo, 2013). Por ejemplo, en un estudio realizado en Australia se halló que las tasas de suicidio más bajas se presentaban en inmigrantes turcos y las más altas en japoneses. Esta tendencia se repite en otros países de acogida como los Estados Unidos y Alemania, donde las tasas de suicidio son altas para japoneses y bajas para turcos, respectivamente (Voracek et al., 2009).

Estudios realizados en Europa, América y Australia, muestran que los inmigrantes del norte y del este de Europa tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con los inmigrantes del sur y del medio oriente de Europa (Ratkowska y De Leo, 2013).

Las tasas altas de suicidio entre inmigrantes del norte y sur de Europa podrían explicarse en parte por alto consumo de alcohol. Por ejemplo, en un estudio realizado por Ferrada Noli et al. (1996) en Suecia, hallaron que los inmigrantes finlandeses que murieron por causas indeterminadas, presentaban altos niveles de alcohol en la sangre.

Las tasas bajas de suicidio entre inmigrantes del sur y del medio oriente de Europa podrían deberse a la influencia de los valores tradicionales que poseen estas poblaciones, tales como las creencias familiares y religiosas, por ejemplo, tanto en países musulmanes como católicos la religión es un elemento disuasorio



del suicidio, ya que en la religión católica como en el islam, el suicido se considera un pecado (Ratkowska y De Leo, 2013).

e) Diferencias de suicidio urbano y rural

El estudio de Ratkowska y De Leo (2013), ha sugerido que la urbanización no parece ser un factor de riesgo para el comportamiento suicida de los inmigrantes, especialmente para los hombres. Por ejemplo, en un estudio realizado en Nueva Gales del sur, Australia, se encontró que el riesgo de suicidio rural-urbano para hombres fue significativamente mayor para aquellos que vivían en áreas rurales (RR = 1.9, IC del 95%: 1.7-2.1), además mencionaron que el patrón de riesgo de suicidio significativamente menor para las mujeres nacidas en áreas urbanas no se aplica para las mujeres inmigrantes que viven en áreas rurales (Morrell et al., 1999).

En general, se ha sugerido que las tasas más altas de suicidio en áreas rurales en comparación con las áreas urbanas se deben a la falta de empleo, acceso más fácil a medios letales, estigmatización hacia los problemas de salud mental y reducción de oferta de servicios de salud mental (Casant y Helbich, 2022). En Canadá, por ejemplo, se encontró que la prevalencia de ideación suicida era menor entre los inmigrantes que vivían en áreas urbanas en comparación de los inmigrantes de las áreas rurales, debido al mayor acceso de servicios de salud mental que tienen en las zonas urbanas, lo que podría representar una oportunidad para un tratamiento oportuno (Ratkowska y De Leo, 2013).



f) Suicidio y COVID – 19

Desde el comienzo de la pandemia por enfermedad del coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19), varios estudios habían previsto un aumento en las tasas de suicidio debido a los problemas económicos (Jerónimo et al., 2021), la disminución del contacto humano y las exacerbaciones de las condiciones de salud mental preexistentes (Sakamoto et al., 2021), como había ocurrido anteriormente con la gripe española durante los años de 1918 y 1919, y con el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) en el 2003; sin embargo, contrariamente a estas expectativas, estudios posteriores informaron de cambios no significativos, inclusive de una disminución en las tasas de suicidio de algunos países (Kim, 2022). En Corea, por ejemplo, el número de suicidios en el 2020 disminuyó un 4.4% desde 2019 y, el número de suicidios en 2021 disminuyó un 1.7% desde el 2020 (Kim, 2022).

A pesar de las discrepancias mencionadas en el párrafo anterior, recientemente se ha encontrado que la pandemia tuvo un impacto desigual entre los grupos socioeconómicos y étnicos de algunos países (Webb et al., 2022). Por ejemplo, tres investigaciones realizadas en los Estados Unidos en los estados de Connecticut (Mitchell y Li, 2021), Maryland (Bray et al., 2021) y Michigan (Larson y Bergmans, 2022), mostraron una disminución del 3% y 4.5 % en las tasas de suicidio de residentes y blancos no hispanos, respectivamente. Por otro lado, las tasas de suicidio aumentaron en un 29% y 6% para los hombres hispanos y las mujeres multirraciales no hispanas, respectivamente. Además, las tasas también aumentaron en un 10% entre los indios americanos y nativos de Alaska,



siendo los grupos con las tasas de suicidio más alta en los Estados Unidos durante la pandemia.

1.4.7. Muerte por ahorcadura

Martínez y Saldivar (2005), mencionan que el ahorcamiento es un método de muerte que consiste en un acto violento, en el que, el cuello de un individuo en un lazo es atado hacia un punto fijo y abandonado a su peso, con el propósito de que el lazo genere una tracción lo bastante fuerte para producir la detención de las funciones vitales del cuerpo. Además, no es necesario que todo el peso del cuerpo se descuelgue, ya que una fuerza comparativamente ligera, es suficiente para producir la muerte (Sing et al., 2013).

A nivel internacional, la muerte por ahorcadura es el método más habitual de suicidio, ocupando en la mayoría de los informes de los países el primer lugar, o al menos el segundo lugar después de la sobredosis. En los Estados Unidos (Baker et al., 2013), Arabia Saudí (Sing et al., 2013), Hungría (Sing et al., 2013) y Perú (Contreras Cordova et al., 2022), por ejemplo, más del 50% de los suicidios ocurren por este medio.

A continuación, se desarrollará la etiología, la clasificación, el mecanismo de colgamiento y las lesiones externas e internas de la autopsia para una comprensión más amplia de la muerte por ahorcadura.

a). Etiología

Según Concheiro Carro y Suárez Peñaranda (2004), en la muerte por ahorcadura se pueden describir cuatro modalidades etiológicas, a saber: la suicida, la accidental, la homicida y la judicial.



Ahorcadura suicida: Como se ha mencionado más arriba, el suicidio es la modalidad etiológica más frecuente en la muerte por ahorcamiento. Esta modalidad, se produce cuando un mismo individuo de manera intencional utiliza un material de ligadura y un punto fijo anclaje para cometer un acto suicida. Por otro lado, la ahorcadura simulada, se fundamenta en lo anteriormente descrito, pero la suspensión del cadáver no es de manera voluntaria, sino se hace con la pretensión de ocultar un homicidio (Concheiro Carro y Suárez Peñaranda, 2004).

Ahorcadura accidental: La ahorcadura accidental es menos frecuente que la ahorcadura suicida. Esta modalidad generalmente se atribuye a situaciones conocidas como “asfixias sexuales”, donde el individuo para incrementar el goce sexual realiza prácticas autoeróticas, al mismo tiempo que produce una situación de asfixia (Concheiro Carro y Suárez Peñaranda, 2004). Por lo general, este tipo de ahorcamiento se practica en lugares aislados y privados, y cualquier accidente que resulte en la continuación de la asfixia, resulta en la muerte.

Ahorcadura homicida: Según Sharma et al. (2011), el homicidio por ahorcamiento es un incidente extremadamente raro, ya que como mencionan algunos estudios es muy raro colgar a un adulto sano a menos que sea golpeado hasta la inconsciencia o se encuentre indefenso por el alcohol o las drogas (Rao, 2010).

Por otro lado, Concheiro Carro y Suárez Peñaranda, (2004), han referido que esta modalidad de ahorcadura solo puede producirse cuando existe una desproporción de fuerzas entre el agresor y la víctima, por ejemplo, es una agresión en grupo (linchamiento).



Ahorcadura judicial: Concheiro Carro y Suárez Peñaranda (2004), refieren que la ahorcadura judicial es una forma de ejecución de pena capital. Sin embargo, por el predominio de las ideas de abolición de la pena de muerte o el uso de ejecución de otros procedimientos, en la actualidad esta modalidad posee más bien un interés histórico.

Rao (2010), ha referido que, en el ahorcamiento judicial, la causa de muerte se debe a una lesión de la médula espinal en el cuello, debido a la fractura y dislocación de la vertebra cervical C1, C2 o C3 y contusión de la médula subyacente. Asimismo, el nudo frecuentemente se coloca por debajo de la oreja izquierda y con menor frecuencia por debajo de la barbilla. La trampa en la que está parado el prisionero cae hacia el pozo, a una profundidad determinada aquí por su altura y peso.

b). Clasificación

La muerte por ahorcadura se puede clasificar de acuerdo a la posición del cuerpo, la ubicación del nudo y el tipo de lazo.

Por la posición del cuerpo: Ahorcamiento completo. En este tipo ahorcamiento el cuerpo se encuentra suspendido sin que la punta de los pies o alguna otra parte del cuerpo pueda tocar el suelo o algún otro objeto (Takajashi et al., 2019). La fuerza restrictiva aquí es el peso del cuerpo (Bardale, 2011). Y el Ahorcamiento incompleto o parcial. En este tipo de ahorcamiento, el cuerpo se encuentra suspendido en la ligadura con algunas partes de cuerpo tocando el suelo u otros artículos, por ello, el ahorcamiento se conoce como ahorcamiento parcial. La fuerza restrictiva aquí es el peso de la parte corporal (Bardale, 2011).



Asimismo, Takajashi et al. (2019) han referido que, en el ahorcamiento parcial los individuos tardan más tiempo en fallecer.

Por la ubicación del nudo: Ahorcamiento típico. En este caso, el cuerpo se encuentra suspendido en la ligadura con un punto de suspensión ubicado el centro del occipucio; por lo tanto, si el punto si el nudo se encuentra sobre la línea media anterior o posterior del cuello, se denomina ahorcamiento típico (Takajashi et al., 2019).

Ahorcamiento atípico: Se considera atípico cuando el nudo se encuentra sobre las caras laterales del cuello (Takajashi et al., 2019); es decir, el nudo no se encuentra sobre la línea media anterior o posterior del cuello. La posición común del nudo en este tipo de ahorcamiento se ubica en el proceso mastoideo o en el ángulo de la mandíbula.

Por el tipo de lazo: Según Martínez y Saldivar (2005) se debe tener en cuenta la clase de lazo utilizado, ya que su calidad, forma y consistencia nos dará dos clases de surcos: los surcos duros y los surcos blandos.

Lazos duros: Se trata aquellos objetos de consistencia sólida que pueden dejar un surco o marca pronunciada sobre la piel (Takajashi et al., 2019), tales como los alambres, cordeles, etc. (Martínez y Saldivar, 2005).

Lazos blandos: Se trata aquellos objetos de textura suave, baja dureza y de superficies amplias que dejan marcas superficiales o no definidas sobre el tejido blando (Takajashi et al., 2019), tales como las toallas, sábanas, camisas, mangas de los pantalones, etc. (Carpio Zapata, 2011).



c). Mecanismo de colgar

Rao (2010), ha mencionado que la presión sobre cuello puede resultar en la oclusión de las estructuras del cuello para el funcionamiento respiratorio, provocando de esta manera la asfixia. También, Rao (2010) refiere lo siguiente:

- Una presión de constricción de 2kg puede ocluir el sistema venoso yugular causando congestión cerebral
- Una presión de constricción de 5kg puede comprimir las arterias carótidas causando un cese de suministro de la sangre en el cerebro
- Una fuerza de constricción de 15kg puede comprimir la tráquea causando obstrucción a la respiración.
- Una fuerza de constricción de 30kg puede obstruir las arterias vertebrales.

Por lo tanto, no es necesario que el cuerpo esté completamente suspendido por ligadura, ya que a pesar que el cuerpo este tocando el suelo como en el ahorcamiento parcial, el individuo puede sucumbir a la muerte.

d). Hallazgos de autopsia

Los hallazgos de la autopsia se analizan bajo dos criterios: los hallazgos externos e internos.

En los hallazgos externos, se tiene lo siguiente:

Los hallazgos externos de la autopsia por ahorcamiento se clasifican bajo tres epígrafes, a saber:

- a) Los hallazgos en el cuello,



- b) Los hallazgos de la cara y
- c) Los hallazgos de otras partes

Los hallazgos en el cuello: Concheiro Carro y Suárez Peñaranda (2004) y Patitó (2000) han referido que, en el examen externo del cuello, el hallazgo más fundamental es el surco. Este consiste en una abrasión o marca deprimida, longitudinal, que deja el elemento compresivo al ajustarse sobre el cuello. Este hallazgo no es exclusivo de la muerte por ahorcadura, ya que también se presenta en la muerte por estrangulamiento; sin embargo, la evaluación de sus características permite diferenciarlos (Patitó, 2000). El surco, en general, presenta las siguientes características:

- 1) Dirección: Oblicuo ascendente hacia la posición del nudo.
- 2) Profundidades: Variables, más marcada en zona que corresponde al asa del lazo.
- 3) Continuidad: Interrumpido a nivel del nudo.
- 4) Número: Único, por lo general.
- 5) Ubicación: Generalmente se ubica por encima del cartílago tiroides (nuez de Adán) en el 75% de los casos; a nivel del cartílago tiroides en el 15% y debajo del cartílago tiroides en el 10%.
- 6) Aspecto de fondo: Casi siempre apergaminado.

En el examen del surco, también puede observarse lesiones asociadas con la marca del lazo, como quemaduras de cuerda, estas quemaduras son causadas



por la fricción de la cuerda contra la piel. El calor que genera la fricción puede causar quemaduras de segundo grado y producción de ampollas en la capa superior de la piel; por lo tanto, la presencia de quemaduras de cuerda, sugiere la naturaleza antemortem del ahorcamiento (Bardale, 2011).

Asimismo, algunos factores pueden afectar la marca del lazo, por ejemplo, si el material del lazo es de composición dura, la marca puede ser pronunciada, por el contrario, si el material posee una composición blanda, la marca apenas será visible (Bardale, 2011).

En los hallazgos en la cara se tiene lo siguiente:

El rostro: El rostro de los ahorcados presentará un aspecto variable según la variedad de la ahorcadura que se trate y el tipo de compromiso vascular. Por ejemplo, si el tipo de ahorcadura es simétrica y completa se darán las circunstancias más favorables para la obstrucción de las circulaciones arterial y venosa de los vasos, dando como resultado un rostro pálido, por el contrario, si el tipo de ahorcadura es asimétrico e incompleto la sangre fluirá hacia la cabeza por un lado de las arterias carótidas y por ambas arterias vertebrales; en consecuencia, el rostro presentará un aspecto congestivo (Concheiro Carro y Suárez Peñaranda, 2004; Patitó, 2000).

Los ojos: En los ojos de los ahorcados, Martin (1950) describió un cambio peculiar en el que el ojo derecho permanece abierto con la pupila dilatada y el izquierdo permanece cerrado con la pupila pequeña, esto ocurre debido a la presión del lazo/nudo en los ganglios simpáticos cervicales en el cuello, así, si el lazo/nudo presiona la región de los ganglios simpáticos uno de los ojos permanecerá abierto con la pupila dilata (Rao, 2010).



La lengua: La lengua en los ahorcados, generalmente se proyectará hacia el exterior, quedando atrapada entre los dientes y debido a la descomposición adquirirá una coloración negruzca. Este patrón, es debido a la presión que produce el material de ligadura sobre el piso de la boca, que empuja la lengua desde abajo hacia el exterior de la cavidad oral (Rao, 2010). Asimismo, Concheiro Carro y Suárez Peñaranda (2004) mencionan que, de no existir lesiones por mordedura, no debe atribuirse el significado de reacción vital a este hallazgo.

Los hallazgos en otras partes del cuerpo son los siguientes:

Hipóstasis postmortem: La Hipóstasis postmortem es un proceso de color púrpura que se produce en las extremidades inferiores, en las regiones inferiores de las extremidades superiores (manos/antebrazo) y en el margen superior del lazo. Esta distribución peculiar de tinción postmortem no sugiere un ahorcamiento antemorten; sin embargo, evidencia que el cuerpo estuvo en un estado de suspensión en posición vertical por un periodo de tiempo después de la muerte; además, la hipóstasis también podría desarrollarse si un cadáver es ahorcado al poco tiempo después de la muerte (ahorcamiento perimortem) (Rao, 2010).

Abrasiones en la cara anterior lateral del hombro, pies y dedos de los pies: Se pueden observar algunas abrasiones o contusiones en la cara anterior del hombro, pies y los dedos de los pies, que se genera por la fricción con una pared o pilar durante la suspensión en el último periodo de vida, cuando se producen las convulsiones. También, se puede evidenciar lesiones en las regiones de los pies o dedos los pies, debido a la fricción que se produce entre la víctima y el soporte que fue utilizado para inducir el ahorcamiento suicida, por lo demás, no se hallarán otras lesiones (Rao, 2010).



En víctimas masculinas: En individuos masculinos puede hallarse el pene turgente o erecto. Hasta la fecha no se ha definido la causa; sin embargo, se han sugerido varias posibilidades; en consecuencia, una de las explicaciones es que, podría deberse a la acumulación de sangre dentro de los espacios vasculares de los músculos del pene debido al cambio de gravedad (Rao, 2010).

La emisión seminal en individuos masculinos puede notarse en la punta del glande del pene, en la ropa interior o debajo del lugar del ahorcamiento, esto se explica por la relajación de los esfínteres, debido a la asfixia de los centros superiores del cerebro que controlan estos músculos; sin embargo, esto también se ha observado en víctimas por muerte de causa natural (Rao, 2010).

También puede observarse la evacuación de heces y orina, debido a la relajación de los esfínteres (Rao, 2010).

En víctimas femeninas: En víctimas femeninas, además de la evacuación de orina y heces al igual que en los varones, también se ha observado turgencia de la vagina con secreción manchada por sangre (Rao, 2010).

En los hallazgos internos, se tiene los siguientes:

En los casos de muerte por ahorcadura, se realiza una disección cuidadosa, capa por capa, con el propósito de no pasar por alto ninguno de los hallazgos internos, confirmando de esta manera que la causa de muerte fue el ahorcamiento. Esto solo será posible si el área de disección se mantiene limpio y libre de sangrado, lo que solo se puede lograr con la aplicación de una técnica conocida como “disección sin sangre de cuello” (Rao, 2010).



En la autopsia de muerte por ahorcadura, los hallazgos del cuello son los más importantes; por lo tanto, en el estudio tomaremos como referencia al estudio de Olano et al. (2005) y nos centraremos en estudiar solo las lesiones vasculares y óseas del cuello.

Lesiones vasculares: El estudio de Olano et al. (2005), ha sugerido la existencia de algunos traumatismos vasculares propios de la ahorcadura, especialmente aquellos que presentan un origen vital o postmortal, a saber: la línea argentina, el signo de Martin, el signo de Otto, el signo de Amussat y las rupturas en los cartílagos.

La línea argentina es una lesión de coloración blanquecina que subyace de forma coincidente con la posición del surco en su cara externa. Este tipo de lesión se debe a una rotura y condensación del tejido celular subcutáneo bajo el surco de la ahorcadura, se acepta que su origen no es vital y está más relacionada con la suspensión del cuerpo de la víctima. Con relación al surco, solo tendrán un significado vital aquellas manifestaciones histológicas y químicas de reacción inflamatoria (Olano et al., 2005).

El signo de Martin consiste en infiltraciones hemorrágicas en la pared adventicia carotídea (Solano González, 2008). Esta infiltración hemorrágica puede ser objetivable por imágenes de resonancia magnética, como la Resonancia Magnética Nuclear; por tanto, en aquellos casos donde el sistema de justicia no requiere de métodos invasivos puede utilizarse este tipo de imágenes (Olano et al., 2005).

El signo de Amussat se debe a un desgarramiento de la íntima de la cara interna de las arterias carotídeas, que se produciría por un mecanismo de elongación. Este



signo no es constante, por ejemplo, el estudio de Simonin, describió que solo el 4% de los casos presentan esta lesión (Olano et al., 2005).

El signo de Otto se debe a un desgarramiento de las venas yugulares internas (Solano González, 2008). Este signo puede producirse tanto en casos de suspensión vital como posmortal, pero solo en la primera presentará infiltraciones hemorrágicas (Chicaiza Huacoliantes, 2018).

Lesiones óseas: Las lesiones óseas en las muertes por ahorcadura son raras y suelen consistir en fracturas del hueso hioides y el cartílago tiroideos, y en menor frecuencia de las primeras vértebras cervicales (Vargas Alvarado, 2012).

El estudio de DiMaio y DiMaio (2001) realizó un estudio de las estructuras internas del cuello, con una muestra de 83 ahorcados. En sus resultados halló que solo 10 diez (12%) individuos presentaban fracturas, de las cuales 9 estaban ubicados en el cartílago tiroideos, específicamente en los cuernos superiores; 1 en la columna cervical y ninguna en el hueso hioides. Además, 17 (20.5%) de los 83 casos mostraron hemorragia en los músculos del cuello y 21 casos (25.3%) presentaban petequias de la conjuntiva o esclerótica.

La baja incidencia de fracturas en el cuello descrita por DiMaio y DiMaio en el párrafo anterior, también fue observada por otros estudios, por ejemplo, Feigin (1999) quien realizó un estudio de las fracturas internas del cuello, con una muestra de 307 ahorcamientos suicidas y accidentales. En sus resultados encontró fracturas solo en 26 (9.5%) de los casos, de los cuales 3 estaban ubicados en la columna cervical, 14 en el cartílago tiroideos, 9 en el hueso hioides y 3 en cartílago hioides y tiroideo; asimismo, infirió que el mayor factor predictivo de fracturas en



las muertes por ahorcadura es la edad avanzada; sin embargo, el sexo, la altura de suspensión y el tipo ligadura no parecen tener un factor predictivo.

1.5. MARCO CONCEPTUAL

1.5.1. El Suicidio

El suicidio es el acto de matarse voluntariamente, en el que, intervienen tanto el pensamiento suicida como el acto suicida en sí (Gutiérrez García et al., 2006).

1.5.2. Intento suicida

El intento suicida se refiere a una acción que va orientada a provocar la propia muerte, pero que no logra su objetivo (Amezcuá Fernández, 2003).

1.5.3. Trastornos mentales

Los trastornos mentales son afecciones diagnosticables caracterizadas por cambios en el pensamiento, el estado de ánimo o el comportamiento (o alguna combinación de éstos) que pueden hacer que una persona se sienta estresada y merme su capacidad de funcionamiento. Estos trastornos son frecuentes en la adolescencia (Murphey et al., 2013).

1.5.4. Depresión

La depresión es un tipo de trastorno de mental, que según la OMS se manifiesta con la presencia de tristeza, pérdida de placer o interés, falta de autoestima o sentimientos de culpa, trastornos de sueño, pérdida de apetito, sensación de cansancio y disminución de la concentración (Luna Reyez y Vilchez Hernández, 2017).



1.5.5. Problema social

Un problema social es una condición que afecta a un número significativamente alto de personas, de un modo considerado como inconveniente y que según se entiende debe corregirse mediante la acción social colectiva (Suárez, 1989).

1.5.6. Características sociodemográficas

Son aquellas características biológicas o socioeconómicoculturales que están presentes en una población sujeta de estudio, tomando aquellas variables que pueden ser sujeta a medición (Rabines Juárez, 2002).

1.5.7. El sexo

Desde un punto de vista biológico se denomina sexo al conjunto de características biológicas que posee un organismo y permite diferenciarlo como de uno y otro tipo de célula reproductora o gameto (óvulo o espermatozoide) (Juan Herrero y Pérez Cañaveras, 2007, p. 1).

1.5.8. Inmigración

La inmigración es el desplazamiento voluntario o involuntario de personas a un nuevo país en el que pretenden establecerse durante un largo periodo de tiempo (Esses et al., 2017).

1.5.9. Área urbana

Se considera como ámbito urbano, aquellas áreas con un mínimo de 100 viviendas agrupadas contiguamente y que posean en promedio 500 habitantes; sin



embargo, por excepción se consideran a todos los centros poblados de los distritos, a pesar que no cumplan con requisitos antes mencionados (INEI, 2017, p. 30).

1.5.10. Área rural

Se considera como ámbito rural, aquellas áreas campestres dedicadas a la agricultura, en las que no tienen más de 100 viviendas agrupadas contiguamente; o que, teniendo más 100 viviendas, estas se encuentren diseminadas sin formar núcleos o bloques (INEI, 2017b).

1.5.11. Desastres sobrenaturales

Un desastre natural es un evento extremo, causado por un fenómeno natural que tiene impactos adversos severos en las vidas humanas y los medios de subsistencia, dichos eventos son el resultado de procesos naturales en la atmósfera, la hidrosfera, la biosfera o la geosfera (Glade y Alexander, 2013).

1.5.12. La COVID-19

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria causada por el virus SAR-CoV-2. Asimismo, está catalogada según sus estadios de gravedad y daño asociado a múltiples órganos y sistemas (Wong Chew y Morales Fernández, 2021).

1.5.13. Pandemia

La pandemia es una epidemia que se produce en todo el mundo, o en una zona muy extensa, traspasa las fronteras internacionales y suele afectar a un gran número de personas (Qiu et al., 2017, p. 3).



1.5.14. Muerte por ahorcamiento

El ahorcamiento es una forma de muerte violenta producida por la suspensión del cuerpo con una ligadura alrededor del cuello, siendo la fuerza restrictiva el peso del cuerpo o una parte del peso corporal (Rao, 2010).

1.5.15. Autopsia

La autopsia se refiere al sistemático postmortem del cadáver (Piamo Morales et al., 2020, p. 740).

1.5.16. Surco de compresión por ahorcamiento

Este consiste en una abrasión o marca deprimida, longitudinal, que deja el elemento compresivo al ajustarse sobre el cuello (Patitó, 2000, p. 203).

1.5.17. Lazo duro

Son aquellos objetos de consistencia sólida que pueden dejar un surco o marca pronunciada sobre la piel (Takajashi et al., 2019, p. 132).

1.5.18. Lazo blando

Son objetos de textura suave o baja dureza que pueden dejar un surco amplio o no definido sobre la piel (Takajashi et al., 2019, p. 132).

1.6. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.6.1. Objetivo general

- Caracterizar las muertes por suicidio a través de ahorcamiento en el periodo 2019 – 2021 en la región de Puno.



1.6.2. Objetivos específicos

- Establecer el sexo que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno.
- Establecer el grupo etario que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno.
- Describir la tendencia de suicidio a través de ahorcamiento según el área distrital en la región de Puno.
- Determinar la relación entre el objeto constrictor utilizado y el sexo en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno.
- Describir la tendencia de suicidios a través de ahorcamiento durante el periodo de confinamiento a causa de la pandemia por COVID – 19.

1.7. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. Hipótesis general

- En el suicidio a través de ahorcamientos los individuos de sexo masculino, de categorías de edad menores de 20 años, procedentes del área urbana, con lesiones de por objeto de tipo blando y durante el periodo de confinamiento, presentan la mayor frecuencia de suicidios a través de ahorcamiento.

1.7.2. Hipótesis específicas

- El grupo etario más afectado en los suicidios por ahorcamiento son los grupos de edad que se encuentran en un rango de edad de 16 a 34 años.



- Existe un crecimiento de suicidios por ahorcamiento en las provincias con mayor densidad poblacional en la región de Puno.

- No existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de objeto constrictor y el sexo en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno.

- Existe una tendencia de suicidios a través de ahorcamiento mayor durante el periodo de la pandemia a causa de la pandemia por COVID – 19.

1.8. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

1.8.1. Enfoque

En el presente estudio se utilizó el enfoque cuantitativo, debido a que el suicidio por ahorcamiento se analizó de manera secuencial, con el propósito de comprobar las hipótesis formuladas en el estudio (Hernández Sampieri y Mendoza, 2018).

1.8.2. Nivel de investigación

El estudio tiene un nivel de investigación descriptivo, dado que se analizaron y especificaron las propiedades y características del “suicidio por ahorcamiento” (Hernández Sampieri y Mendoza, 2018).

1.8.3. Diseño

El diseño es no experimental, puesto que solo se analizará una variable de estudio “suicidio por ahorcamiento” (Hernández Sampieri y Mendoza, 2018).



1.8.4. Población y muestra

Población

La población estuvo conformada por 113 informes periciales de inspección criminalística de suicidios por ahorcamiento, elaborados durante desde el 2019 hasta el 2021, por peritos de las oficinas de criminalística de la Policía Nacional del Perú de los distritos de Puno y Juliaca de la región Puno.

Muestra

No se utilizó ningún tipo muestreo para calcular el tamaño de la muestra, ya que se utilizó la población total (113 informes) de la muerte por ahorcadura, elaborados desde el 2019 hasta el 2021 por peritos de las oficinas de criminalística de la Policía Nacional del Perú de los distritos de Puno y Juliaca de la región Puno.

1.8.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

El estudio empleó la técnica de la observación simple para la recolección de datos del suicidio por ahorcamiento. La observación se puede definir como un proceso sistemático de obtención, recopilación y registro de los datos de un objeto, suceso o conducta humana, con el propósito de procesarlo y convertirlo en información. Asimismo, la observación es simple o no estructura cuando se realiza de forma libre y espontánea, y sin el uso de algún instrumento de investigación, prevalece el uso exclusivo de los sentidos del investigador (Carrasco Diaz, 2006).



Instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado para recopilar y obtener los datos del suicidio por ahorcamiento fue la guía de observación simple. Esta guía se basó en una lista de indicadores que se derivaron de suicidio por ahorcamiento, como el sexo, la edad, objeto constrictor utilizado, etc. (Carrasco Diaz, 2006).

1.8.6. Proceso de relación de datos

Antes de iniciar con la recolección de datos se recibió el permiso del jefe de la División de Investigación Criminal Puno, Cnel. Marcial Rufino Flores Huamán, mediante decreto N° 143-2022-COMASGEN PNP/X MRP P-REGPOL P-DIVINCRI P-SEC.

Los datos fueron recopilados por un periodo de un año en las oficinas de criminalística de la Policía Nacional del Perú de los distritos de Puno y Juliaca de la región Puno.

1.8.7. Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete de análisis de R estudio en su versión 1.3 y un paquete de ofimática.

Para responder a la hipótesis general é hipótesis específicas 1, 2, 3 y 5 se utilizó estadística descriptiva. Este análisis se realizó sobre frecuencias estadísticas halladas.

Solo para responder la hipótesis específica 4, que trata sobre el tipo de objeto constrictor utilizado y su relación con el sexo, se utilizó estadística inferencial. Este análisis se realizó utilizando el estadístico de Chi-cuadrado.



CAPÍTULO II

CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

2.1. ASPECTOS GENERALES

La región de Puno es una de las 24 regiones de Perú, está conformada por 13 provincias y 110 distritos. Sus coordenadas geográficas se encuentran georreferenciadas entre los 13°00'00" y 17°17'30" de latitud sur y los 71°06'57" y 68°48'46" de longitud oeste en el meridiano de Greenwich, con una altitud que está entre los 203 m.s.n.m (quebrada Sabaluyoc, distrito de San Pedro de Putina, provincia de Sandía) y los 6 m.s.n.m (Nevado Viscachani, distrito Sina, provincia Putina) (INEI, 2017a).

Limites:

Limita por el norte con la región Madre de Dios

Limita por este con la República de Bolivia

Limita por el sur con la región de Tacna

Limita por el oeste con los departamentos de Moquegua, Arequipa y Cusco

Figura 1.

Mapa modificado del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017)



Nota. INEI, 2017

2.2. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DE LA REGIÓN PUNO

2.2.1. Composición de población por región y provincias

La población de la región Puno está conformada por 1,172,627 mil habitantes; la población de los centros poblados es de 630 mil 648 habitantes, lo que representa el 53.8% del total de la población total censada; la población urbana es de 542 mil 49 habitantes, que representa el 46.2% (INEI, 2017a).

Asimismo, la población de la provincia de San Román concentra el mayor número de habitantes, con 307 mil 417 individuos, lo que equivale a poco más de la cuarta parte del total de la población (26.2%). Le sigue la provincia de Puno, con 219 mil 494 habitantes (18.7%), mientras que la provincia de Moho es la que tiene el menor número de habitantes, con 19 mil 753 habitantes (1.7%) (INEI, 2017a). Para mayor detalle se muestra la siguiente la tabla:

Tabla 1

Composición poblacional de la región Puno

Provincia	Habitantes
Puno	219 494
Azángaro	110 392
Carabaya	73 322
Chucuito	89 002
El Collao	63 878
Huancané	57 651
Lampa	40 856
Melgar	67 138
Moho	19 753
San Antonio de Putina	36 113
San Román	307 417
Sandia	50 742
Yunguyo	36 939

Nota. Datos adaptados del INEI del censo del 2017



2.2.2. Composición de población por sexo

Los resultados del censo 2017 del INEI muestran que, del total de la población censada, 578 mil 383 habitantes son hombres (49.3%), en tanto 594 mil 314 habitantes son mujeres (50.7%) (INEI, 2017a).

En cuanto al periodo intercensal desde el año 2007 hasta al 2017, la población masculina disminuyó en 54 mil 949 y la población femenina en 40 mil 795; es decir, hubo decrecimiento en ambas poblaciones en 8.7% y 6.4%, respectivamente (INEI, 2017a).

El censo 2017, también ha permitido observar que la masculinidad es de 97.3%; por lo tanto, el número de varones es menor que el número de mujeres, este índice es menor en 2.4 % al registrado en el censo 2007 (INEI, 2017a).

Por grupos de edad, es interesante observar que en el grupo de edad de 0 a 14 años existen más hombres que mujeres, siendo el grupo de menores de 1 año, el que presenta el mayor índice estadístico, ya que por cada 106 hombres existen 100 mujeres. En los demás grupos de edad existe un mayor índice femenino, presentándose el menor índice masculino en el grupo de 85 años a más, donde por cada 100 mujeres hay 81 hombres (INEI, 2017a).

2.2.3. Composición de población por grupos de edad

Según los datos del censo 2017 del INEI, el grupo de edad de 15 a 64 años concentra el mayor número de la población, con 770 mil 881 habitantes (65.8%); el grupo de edad de 0 a 14 años, con 292 mil 278 habitantes (24.9%); el grupo de 65 años a más, con 109 mil 538 habitantes (INEI, 2017a).



Asimismo, es interesante notar que el grupo de menores de 15 años, ha disminuido con respecto a censos anteriores, por ejemplo, en 1993 el porcentaje en estos grupos fue de 39.5% y en 2007 fue de 31.9% (INEI, 2017a).

Con respecto a la población de 15 a 64 años, hubo un aumento de 54.4% en 1993, a 60.8% en 2007 y a 65.8% en 2017 (INEI, 2017a).

En cuanto al grupo de 65 años a más, se evidencio un incremento porcentual en las dos últimas décadas, ya que de 6.1% en 1993 pasó a 9.3% en 2017 (INEI, 2017a).

CAPÍTULO III

EXPOSICIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Conforme a los objetivos específicos formulados, los resultados del estudio se han distribuido en cinco grupos: El primero está orientado a establecer el sexo que mayor frecuencia estadística presenta en el suicidio a través de ahorcamiento, el segundo está orientado a establecer el grupo etario más afectado, el tercero a describir la tendencia de suicidios por ahorcamiento según las provincias del departamento de Puno, la cuarta a comparar el objeto constrictor o lazo más utilizado y analizar su relación con el sexo, y la quinta a describir la tendencia estadística antes, durante y después del confinamiento por la pandemia por la COVID – 19.

3.1.1. Frecuencia estadística según sexo en el suicidio por ahorcamiento

Los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia estadística de suicidios por ahorcamiento según sexo, se muestran a continuación:

Tabla 2

Distribución en el suicidio por sexo en casos por ahorcamiento

Sexo	n (2019 – 2021)	%
Masculino	83	73.45
Femenino	30	26.55
Total	113	100

Nota. Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que el número total de muertes de suicidio por ahorcamiento durante los años 2019, 2020 y 2021 es de 113 individuos. Asimismo, la mayor frecuencia de suicidios lo presentan los individuos del sexo masculino, con un 73.45% del total de víctimas, y la menor frecuencia lo presentan los individuos femeninos, con un 26.55%; es decir, existe una proporción masculino-femenino de 2.8:1 en las muertes por suicidio por ahorcamiento.

Tabla 3

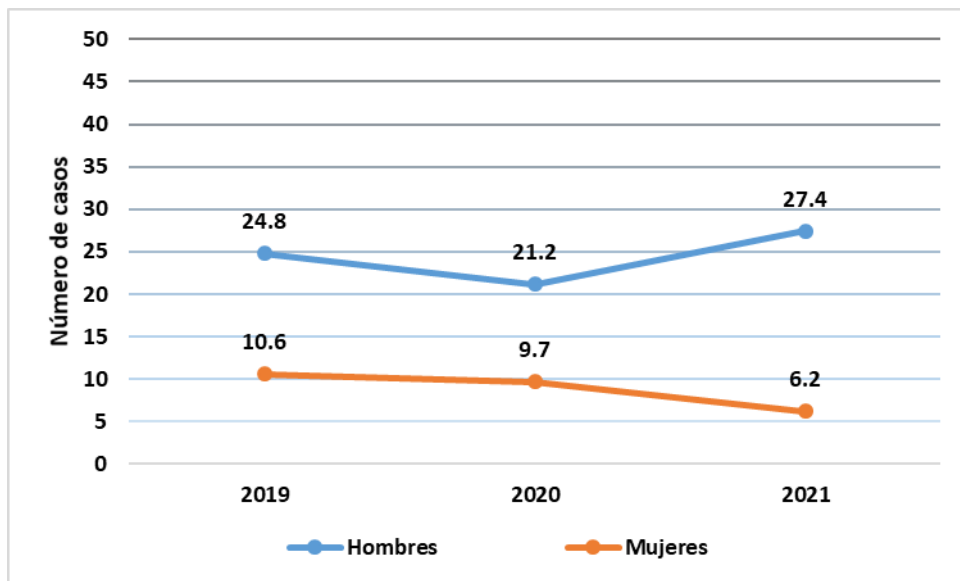
Distribución en el suicidio por ahorcamiento por años y género

Años	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
	n	%	n	%
2019	28	24.8	12	10.6
2020	24	21.2	11	9.7
2021	31	27.4	7	6.2
Total	83	73.5	30	26.6

Nota. Elaboración propia

Figura 2.

Tendencia de crecimiento de suicidio por ahorcamiento



Nota. Elaboración propia

En tabla 3 y gráfico 1, se muestra que en los hombres existe una tendencia decreciente de suicidios de 24.8 % en 2019 a 21.2 % en 2020, y una tendencia creciente de 27.4 % para el 2021. Por otro lado, en los individuos femeninos se evidencia una tendencia decreciente de suicidios de 10.6 % en el 2019 a 9.7 % y 6.2 % en el 2020 y 2021, respectivamente.

Los resultados hallados en el estudio con respecto al suicidio según el sexo, son similares a los resultados reportados por los estudios internacionales de Ahmad y Hossain, (2010); Caraguay-Satama et al. (2019); Madni-Al et al., (2010); Meel, (2006); Üzün et al. (2007), y los estudios regionales de Lira et al. (2012) y Contreras-Cordova et al. (2022), quienes hallaron una frecuencia estadística de suicidios superior en varones en comparación de las mujeres. Por otro lado, la sugerencia del estudio de Beautrais (2002), de que los varones mueran

por suicidio de tres a cuatros veces más que las mujeres, también se presenta en el estudio, ya que los resultados muestran una proporción masculino-femenino de 2.8:1; es decir, los varones en la región de Puno se suicidan tres veces más que las mujeres.

3.1.2. Frecuencia estadística según grupo etario en el suicidio a través de ahorcamiento

Tabla 4

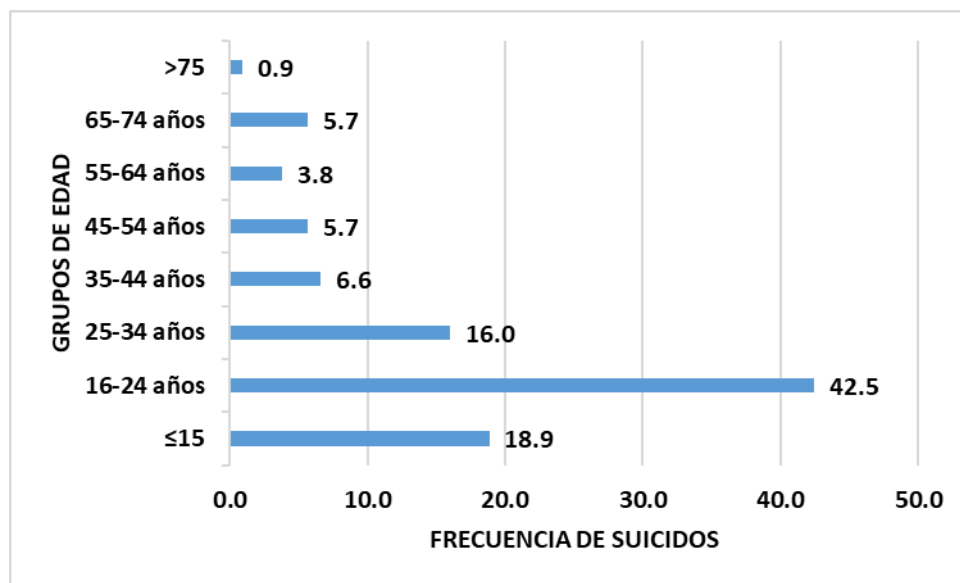
Distribución y tasa según categoría de edad en la muerte por ahorcamiento

Categoría de edad	n	Masculino (%)	Femenino (%)	Total%
≤15	20	9 (8.5%)	11 (10.4%)	18.9
16-24 años	45	31 (29.2%)	14 (13.2%)	42.5
25-34 años	17	14 (13.2%)	3 (2.8 %)	16.0
35-44 años	7	7 (6.6%)	0 (0%)	6.6
45-54 años	6	6 (5.7%)	0 (0%)	5.7
55-64 años	4	4 (3.8%)	0 (0%)	3.8
65-74 años	6	6 (5.7%)	0 (0%)	5.7
>75	1	0 (0%)	1 (0.9%)	0.9
Total	106	77 (72.6%)	29 (27.4%)	-

Nota. Elaboración propia

Figura 3.

Tendencia de suicidios por ahorcamientos según categorías de edad



Nota. Elaboración propia

En la tabla 4 y gráfico 2, se muestra que el grupo de edad de 16 a 24 años presenta la mayor frecuencia estadística de suicidios de muerte por ahorcamiento con un 42.5 % del total de la muestra, seguido del grupo de menores de 15 años con un 18.9%, el grupo de 25 a 34 años con un 16 %, el grupo de 35 a 44 años con un 6.6 %, tanto el grupo de 45 a 54 años y 65 a 74 años con un 5.7 %, el grupo 55 a 64 años con un 3.8 % y el grupo de mayores de 75 años con 0.9%. Por lo tanto, no existe un crecimiento en las tasas de suicidio por ahorcamiento a medida que la edad avanza.

Existen limitadas investigaciones en cuanto al estudio del suicidio de los grupos de edad de niños de 5 a 14 años, puesto que las investigaciones sugieren que los niños no son capaces de suicidarse por sí mismos (Pelkonen y Marttunen, 2003). En ese sentido, la tendencia de suicidios en niños menores de 10 años en



algunas poblaciones como Bangladesh es de 02.07 % (Ahmad y Hossain, 2010) y en Arabia Saudi en el rango de edad de 10 a 19 años es de 2.25 % (Madni-Al et al., 2010). Sin embargo, los resultados hallados en el estudio muestran una frecuencia superior a los hallazgos de las investigaciones mencionadas, ya que en niños menores de 15 años la tasa de suicidios durante los periodos del 2019 al 2021 es de 18.9%, lo cual concuerda con lo mencionado por Betancourt (2008), quien refiere que las tasas de suicidio en los grupos de edad de niños/niñas en algunos países latinoamericanos se han ido incrementando cada vez más. Además, este grupo de edad en el estudio se encuentra en el segundo lugar, después de la categoría de 16 a 24 años, que presenta la mayor frecuencia de suicidios en la región de Puno.

Por otro lado, en la categoría de adolescentes y adultos jóvenes (16 a 34 años), los resultados del presente estudio difieren de las estimaciones de los países del medio Oriente, ya que, en el caso, los individuos de 25 a 34 años presentan una frecuencia del 16 %, y en los países del medio Oriente las estimaciones son inferiores al 6.5 % de suicidios (Mann et al., 2005).

Por último, en cuanto a la categoría de 35 a 64 años, los resultados del estudio difieren de los resultados del estudio de Sullivan et al. 2013, ya que en el estudio mencionado se halló una frecuencia de suicidios de 17.6 % en estos grupos de edad; y, en el presente estudio las frecuencias varían de 6.6 % a 3.8 % en los grupos de 35 a 44 años y 55 a 64 años, respectivamente.



3.1.3. Tendencia de suicidio a través de ahorcamiento según provincias de la región de Puno

Tabla 5

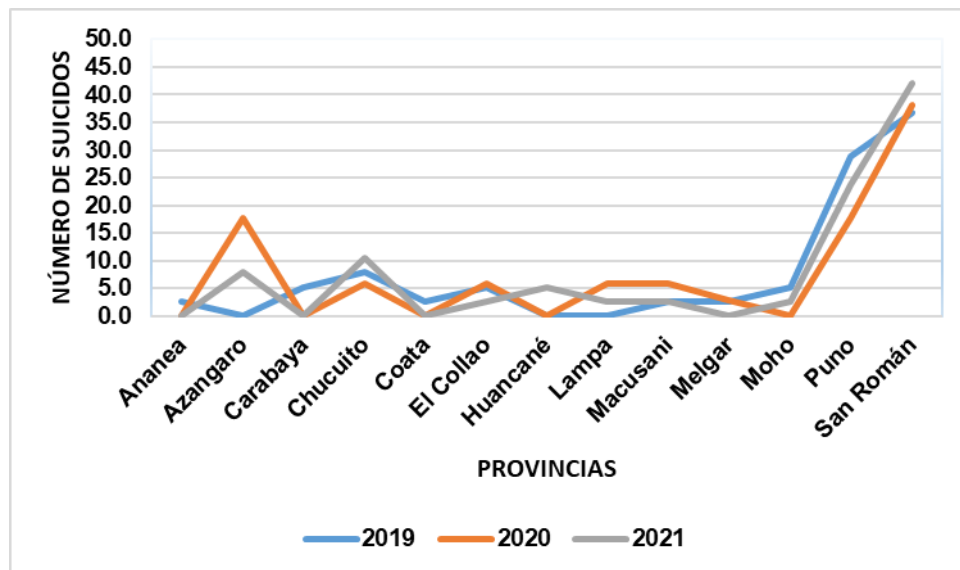
Tasa de suicidio del 2019 al 2021 según provincias de la región de Puno

Provincia	n	2019(%)	2020(%)	2021(%)
Ananea	1	2.6	0	0
Azángaro	9	0	17.6	7.9
Carabaya	2	5.3	0	0
Chucuito	9	7.9	5.9	10.5
Coata	1	2.6	0	0
El Collao	5	5.3	5.9	2.6
Huancané	2	0	0	5.3
Lampa	3	0	5.9	2.6
Macusani	4	2.6	5.9	2.6
Melgar	2	2.6	2.9	0
Moho	3	5.3	0	2.6
Puno	26	28.9	17.6	23.7
San Román	43	36.8	38.2	42.1
Total	110	-	-	-

Nota. Elaboración propia

Figura 4.

Tendencia de suicidio según provincias de la región Puno



Nota. Elaboración propia

En tabla 5, se muestra que la mayor frecuencia de suicidios por ahorcamiento se consumió en la provincia de San Román, con 39.1% del total de suicidios. Por otro lado, el menor número de suicidios se consumió en las provincias de Ananea y Coata, con 0.9% de suicidios consumado en ambas poblaciones.

Asimismo, en la tabla 5 y gráfico 3 se muestra que en la provincia de Ananea, existe una tendencia decreciente de suicidios de 2.6 % en el año 2019 a 0 % en los años 2020 y 2021; en Azángaro una tendencia creciente de suicidios de 0 % en el 2019 a 17.6 % en el 2020, y de una tendencia decreciente de 7.9 % para el 2021; en Carabaya una tendencia decreciente de suicidios de 5.3 % en el 2019 a 0 % en el 2021 y 2022; en Chucuito una tendencia decreciente de 7.9 % en 2019 a 5.9 % en 2020, y una tendencia creciente en 10.5 % en el 2021; en Coata



una tendencia decreciente 2.6 % en el 2019 a 0 % en el 2020 y 2021; en El Collao una tendencia creciente de suicidios de 5.3 % en el 2019 a 5.9 % en el 2020, y de una tendencia decreciente de 2.6 % para el 2021; en Huancané una tendencia creciente de suicidio de 0.0 % en los años 2019 y 2020 a 5.3 % en 2021; en Lampa una tendencia creciente de 0.0 % en 2019 a 5.9 % en 2020, y una tendencia decreciente 2.6 % en el 2021; en Macusani una tendencia creciente de 2.6 % en el 2019 a 5.9 % en 2020, y una tendencia decreciente de 2.6 % para el 2021; en Melgar una tendencia creciente de 2.6 % en el 2019 a 2.9 % en 2020, y tendencia decreciente en 0 % para el 2021; en Moho una tendencia decreciente de 5.3 % en 2019 a 0 % en 2020, y tendencia creciente en 2.6 % para el 2021; en Puno una tendencia decreciente de 28.9 % en 2019 a 17.6 % en 2020, y una tendencia creciente en 23.7 % para el 2021 y, por último, en San Román se evidencia una tendencia creciente de 36.8 % en el 2019 a 38.2 % y 42.1 % en los años 2020 y 2021, respectivamente.

Ratkowska y De Leo (2013) han sugerido que la urbanización no parece ser un factor de riesgo para el comportamiento suicida, especialmente para hombres. Por ejemplo, en un estudio realizado en Nueva Gales del sur, Australia, se encontró que el riesgo de suicidio rural-urbano para hombres fue significativamente mayor para aquellos que vivían en áreas rurales (RR = 1.9, IC del 95%: 1.7-2.1).

Ahora bien, los resultados encontrados en el estudio difieren de lo mencionado en el párrafo anterior, ya que la mayor frecuencia de suicidios en la Región de Puno se ubica en las provincias de Puno (26 de 110 suicidios) y San Román (43 de 110), que son las provincias más pobladas según el Instituto de

Estadística e Informática. Sin embargo, los resultados del estudio no pueden ser determinantes, puesto que la mayoría de los estudios (Casant y Helbich, 2022; Ratkowska y De Leo, 2013) que han estudiado las diferencias del suicido urbano-rural, se han centrado en el comportamiento suicida de inmigrantes y no de pobladores originarios como en el presente estudio.

3.1.4. Tipo de objeto constrictor y su relación con el sexo

Tabla 6

Tipo objeto constrictor utilizado en la muerte por suicidio por ahorcamiento

Sexo	Objeto constrictor					
	Blando		Duro		Total	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	18	16.51	63	57.80	81	74.31
Femenino	8	7.34	20	18.35	28	25.69
Total	26	23.85	83	76.15	109	100.00

Nota. Elaboración propia

En la tabla 6, se muestra que el 23.85% de las víctimas utilizó el objeto constrictor blando y el 76.15% utilizó el objeto constrictor duro.

Además, con respecto al objeto constrictor blando según el sexo, el 16.51% de individuos masculinos y el 7.34% de individuos femeninos utilizaron este mecanismo de muerte. Por otro lado, con respecto al objeto constrictor duro,

el 57.80% de individuos masculinos y el 18.35% de individuos femeninos utilizaron este mecanismo de muerte.

Tabla 7

Prueba de chi cuadrado para la relación entre objeto constrictor y el sexo

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,462 ^a	1	0.497
Razón de verosimilitud	0.450	1	0.502
N de casos validos	109		

Nota. Elaboración propia

La tabla 7, nos muestra que el P-valor del Chi-cuadrado es $0.497 > 0.05$. Por lo tanto, no existe una relación de dependencia entre el objeto constrictor utilizado con el sexo de las víctimas; es decir, no existe predilección a que un varón o mujer utilice un objeto constrictor (duro o blando) en específico para consumir el suicidio.

Beautrais (2002) mencionó que, en general, los varones tienden a utilizar métodos de suicidio más letales que las mujeres, mientras que la mayoría de los varones que mueren por suicidio utilizan el ahorcamiento y las armas de fuego, la mayoría de las mujeres que intentan suicidarse utilizan el autoenvenenamiento, un método que, aunque puede causar una alta toxicidad, tiende a tener una letalidad baja y una acción relativamente lenta. Por lo tanto, la probabilidad de supervivencia aumenta significativamente cuando se utilizan métodos con agentes

menos violentos y de acción lenta. Esta sugerencia ha sido respaldada por el estudio de Tsirigotis et al. (2011), ya que en sus resultados halló diferencias significativas en cuanto a la elección del método de suicidio utilizado por mujeres y varones, siendo la sobredosis por drogas farmacológicas y exanguinación utilizada por las mujeres, y el ahorcamiento y la asfixia utilizada por los varones.

Tomando en consideración lo descrito en el párrafo anterior y la definición de Martínez y Saldivar (2005) que mencionan que el ahorcamiento es un método de muerte violenta. En el estudio se trató de investigar si existía alguna relación entre el tipo de objeto constrictor y el sexo, ya que el tipo de lazo (duro o blando) utilizado está relacionado con la morfología del surco de la víctima; sin embargo, en el estudio no se halló una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$), en que un hombre o mujer tenga predilección por el uso de un tipo de lazo en específico para consumar un suicidio.

3.1.5. Tendencia de suicidios a través de ahorcamiento durante el periodo de confinamiento por la pandemia por Covid – 19

Tabla 8

Suicidios por ahorcamiento desde año 2019 hasta el 2021

Año	n	%
2019	40	35.4
2020	36	31.9
2021	37	32.7
Total	113	100.0

Nota. Elaboración propia

En la tabla 8, se muestra que el número de suicidios por ahorcamiento en el año 2020 disminuyó en 3.5% desde el año 2019. Asimismo, durante el año 2021 hubo incremento de suicidios en 0.8% desde el año 2020; por lo tanto, durante el periodo de confinamiento (2020) por la COVID-19, no hubo un crecimiento exponencial anual de suicidios por ahorcamiento.

Tabla 9

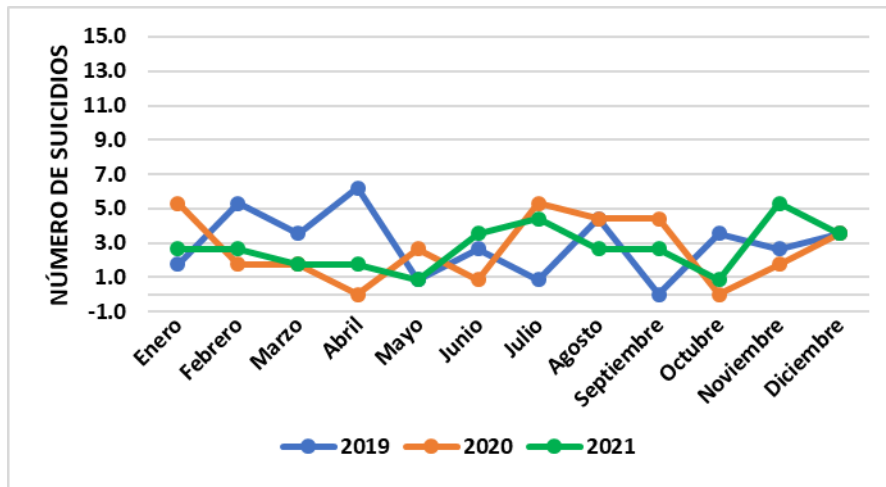
Suicidios por ahorcamiento por meses y años

Meses	% (2019)	% (2020)	% (2021)
Enero	1.8	5.3	2.7
Febrero	5.3	1.8	2.7
Marzo	3.5	1.8	1.8
Abril	6.2	0.0	1.8
Mayo	0.9	2.7	0.9
Junio	2.7	0.9	3.5
Julio	0.9	5.3	4.4
Agosto	4.4	4.4	2.7
Septiembre	0.0	4.4	2.7
Octubre	3.5	0.0	0.9
Noviembre	2.7	1.8	5.3
Diciembre	3.5	3.5	3.5
Total	35.4	31.9	32.7

Nota. Elaboración propia

Figura 5.

Tendencia de suicidios por ahorcamiento por meses y años



Nota. Elaboración propia

En la tabla 9 y figura 4, se muestra que, durante el mes enero hubo incremento de suicidios por ahorcamiento de 1.8 % en 2019 a 5.3 en 2020, y un decrecimiento de 2.7 % para el año 2021; en febrero hubo decrecimiento de 5.3 % en 2019 a 1.8 en 2020, y un incremento de 2.7 % para el año 2021; en marzo hubo decrecimiento de 3.5 % en 2019 a 1.8 en 2020 y 2021; en abril hubo un decrecimiento de 6.2 en 2019 a 0.0 en 2020, y un crecimiento de 1.8 % para el 2021; en mayo un crecimiento de 0.9 en 2019 a 2.7 en 2020, y un decrecimiento de 0.9 % para el 2021; en junio un decrecimiento de 2.7 en 2019 a 0.9 % en 2020, y un crecimiento de 3.5 % para el 2021; en julio un crecimiento de 0.9 % en 2019 a 5.3 % en 2020, y un decrecimiento de 4.4 para el 2021; en agosto la tendencia se mantuvo en 4.4 % suicidios durante el 2019 y 2020, y hubo una tendencia decreciente de 2.7 % para el 2021; en septiembre hubo crecimiento de 0.0 en 2019 a 4.4. en 2020, y un decrecimiento de 2.7 % para el 2021; en octubre un decrecimiento de 3.5 % en 2019 a 0.0 % en 2020, y crecimiento en 0.9 % para el



2021; en noviembre un decrecimiento de 2.7 % en 2019 a 1.8 % en 2020, y un crecimiento en 5.3 % para el 2021, y, en diciembre la tendencia de suicidios se mantuvo en 3.5 % durante el 2019, 2020 y 2021.

Desde los inicios de la pandemia por la COVID-19, varios estudios habían previsto de un aumento en las tasas de suicidio debido a los problemas económicos (Jerónimo et al., 2021), la disminución del contacto humano y las exacerbaciones de las condiciones de salud mental preexistentes (Sakamoto et al., 2021). Sin embargo, contrariamente a estas expectativas varios estudios informaron de cambios no significativas en las tasas de suicidio, por ejemplo, el estudio de Kim (2022) reportó que, en Corea los suicidios en 2020 disminuyeron en 4.4 % desde el 2019 y el número de suicidios en 2021 disminuyó en 1.7 % desde el 2020.

La investigación está de acuerdo con los hallazgos del estudio reciente de Kim (2022), ya que en la región de Puno se produjo una disminución de suicidios de 35.4 % en 2019 a 31.9 % en 2020 y 32.7 % en 2021. Por lo tanto, también sugerimos que la pandemia no tuvo un impacto significativo en el crecimiento exponencial de suicidios previstos por los estudios mencionados anteriormente.

Sin embargo, los resultados del estudio deberían tomarse con precaución, debido a que existen meses donde el confinamiento pudo haber afectado a las personas. Por ejemplo, en el estudio se muestra como las tasas de suicidio del 2020 durante los meses de julio (5.3 %), agosto (4.4 %) y septiembre (4.4 %), son superiores a las tasas del 2019 (julio = 0.9 %, agosto = 4.4 %, septiembre = 0.0 %) y 2021 (julio = 4.4 %, agosto = 2.7 %, septiembre = 2.7 %). En ese sentido, la pandemia pudo haber tenido un impacto mensual desigual durante algunos periodos de tiempo durante el confinamiento.



CONCLUSIONES

PRIMERO: De los suicidios por ahorcamiento consumados en la región de Puno, durante el periodo del 2019 hasta el 2021, se halló que la mayor frecuencia estadística lo presentan los individuos del sexo masculino, el grupo de edad de 16 a 24 años, los pobladores de la provincia de San Román y el tipo de objeto constrictor blando, y durante el periodo de confinamiento por la COVID-19 se evidenció una disminución anual en el número de suicidios por ahorcamiento.

SEGUNDO: Respecto del sexo, el 73.45 % del total de suicidios por ahorcamiento pertenecen al sexo masculino y el 26.55 % pertenecen al sexo femenino; lo que equivale a una proporción masculino-femenino de 2.8:1; es decir, los varones en la región de Puno se suicidan tres veces más que las mujeres. Asimismo, en los individuos del sexo masculino se halló una tendencia creciente de suicidios por ahorcamiento de 24.8 % en 2019 a 27.4 % en 2020, y en los individuos femeninos se halló una tendencia decreciente de 10.6 % suicidios por ahorcamiento en 2019 a 6.2 % en 2021.

TERCERO: Respecto de los grupos de edad, los individuos de 16 a 24 años presentan la frecuencia más alta de suicidios con un 42.5 %, seguido del grupo de menores de 15 años con un 18.9 %, el grupo de 25 a 34 años con un 16 %, el grupo de 35 a 44 años con un 6.6 %, los grupos de 45 a 54 años y 65 a 74 años con un 5.7 %, el grupo de 55 a 64 años con un 3.8% y el grupo de mayores de 75 años con un 0.9 %. Por lo tanto, no existe un crecimiento en las tasas de suicidio por ahorcamiento a medida que la edad avanza.



CUARTO: Respecto del suicidio según provincias de la región Puno, la provincia de San Román mostró la mayor frecuencia de suicidios por ahorcamiento con un 39.1 % del total de víctimas por provincias. En contraste, tanto la provincia de Ananea como Coata presentaron la menor frecuencia de suicidios con un 0.9 % en ambas poblaciones. Asimismo, solo se evidenció un crecimiento en la tasa de suicidios por ahorcamiento desde el 2019 hasta el 2021 en las provincias de Azángaro (2019 = 0.0 %, 2021 = 7.9 %), Chucuito (2019 = 8.2 %, 2021 = 10.5 %), Huancané (2019 = 0.0 %, 2021 = 5.3 %) y Lampa (2019 = 0.0 %, 2021 = 2.6 %).

QUINTO: Respecto del tipo objeto constrictor utilizado, el 76.15% de las víctimas utilizaron objetos duros y el 23.85% utilizaron objetos blandos. Además, no se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre objeto constrictor utilizado y el sexo de las víctimas; por lo tanto, no existe predilección a que un varón o mujer utilice un objeto constrictor (duro o blando) en específico para consumar el suicidio.

SEXTO: Respecto de la tendencia de suicidios por ahorcamiento durante el periodo de confinamiento por la pandemia por la COVID – 19, el número de suicidios por ahorcamiento en el año 2020 disminuyó en 3.5 % desde el año 2019. Asimismo, durante el año 2021 hubo un incremento de suicidios en 0.8% desde el año 2020. Por lo tanto, durante el periodo de confinamiento (2020) por la COVID-19, no hubo un crecimiento exponencial de suicidios por ahorcamiento; sin embargo, los suicidios en el periodo 2020 alcanzaron su pico más elevado durante los meses de julio, agosto y septiembre en comparación de las tasas de los meses de julio, agosto y septiembre del 2019



y 2021. En ese sentido, el confinamiento tuvo un impacto mensual desigual durante algunos periodos de tiempo.



RECOMENDACIONES

PRIMERO: A las instituciones públicas de salud mental, instituciones sociales y universidades, se recomienda utilizar los resultados hallados en el presente estudio para conocer cómo son las características del suicidio por ahorcamiento en la región de Puno.

SEGUNDO: Se recomienda que los centros de ayuda de salud mental y social se enfoquen no solo en el tratamiento, sino en la prevención del suicidio, ya que como se muestra en el desarrollo teórico y los resultados de este estudio, generalmente los hombres se suicidan más que las mujeres. Por lo tanto, la prevención debe ser propósito principal de los centros de ayuda de salud mental y social.

TERCERO: A los centros de investigación e instituciones que trabajan con temas relacionados con el suicidio juvenil, se recomienda evaluar el crecimiento de suicidios en niños y adolescentes desde un enfoque más cualitativo, ya que los resultados cuantitativos de esta investigación no pueden explicar la complejidad del fenómeno de suicidio en estos grupos de edad; sin embargo, muestran cómo las tasas difieren exponencialmente de los resultados hallados en otros países como Arabia Saudí o Bangladesh, donde las tasas de suicidio de estos grupos son más bajas.

CUARTO: A los municipios de la región de Puno, Gobierno Regional de Puno e instituciones públicas de salud mental e instituciones sociales, se recomienda realizar un seguimiento a las tasas de suicidio de todas las provincias, puesto



que algunas provincias presentan un aumento y descenso en sus tasas de suicidio a medida que pasan los años.

QUINTO: A los centros de investigación e instituciones que trabajan con temas relacionados con el suicidio, se recomienda el uso de los resultados de esta investigación con respecto al objeto constrictor, ya que como se ha visto no existe predilección a que un sexo en específico utilice un objeto en específico. Por lo tanto, se recomienda la evaluación de otras variables relacionadas con el mecanismo de muerte del suicidio.

SEXTO: A todas las instituciones mencionadas anteriormente, se recomienda tomar con precaución los resultados con respecto a los suicidios durante el periodo de la pandemia por la COVID-19, puesto que como se ha visto en el desarrollo de los resultados existen periodos donde el confinamiento si pudo haber impactado en las tasas de los suicidios por ahorcamiento; por lo tanto, se sugiere realizar estudios cualitativos para el evaluar más exhaustivamente este fenómeno en la región de Puno.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmad, M., & Hossain, M. (2010). Hanging as a method of suicide: retrospective analysis of postmortem cases. *JAFMC Bangladesh*, 6(2), 37–39. <https://doi.org/10.3329/jafmc.v6i2.7273>
- Aldavero Muñoz, I. (2018). Neurobiología del suicidio. *Cuadernos Del Tomás*, 10, 17–47. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6573026>
- Amezcuca Fernández, R. (2003). *Diseño y validación de un instrumento (escala) para evaluar potencialidad suicida en el adolescente escolarizado de la zona metropolitana de Guadalajara Jalisco*. https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000323757
- Anders, M. (2017). Suicide a serious health and social problem with the possibility of prevention. *Casopis Lekarů Ceskych*, 156(2), 58–67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28508657/>
- Baker, S., Hu, G., Wilcox, H., & Baker, T. (2013). Increase in suicide by hanging/suffocation in the U.S., 2000-2010. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(2), 146–149. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.010>
- Bardale, R. (2011). Principles of Forensic Medicine and Toxicology. In *Principles of Forensic Medicine and Toxicology* (1st ed., pp. 284–313). Jaypee.
- Barzilay, S., & Apter, A. (2014). Psychological models of Suicide. In *Archives of Suicide Research* (Vol. 18, Issue 4, pp. 295–312). Routledge. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>



- Beautrais, A. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine*, 14, 35–42. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00283.x>
- Betancourt, A. (2008). El suicidio en el Ecuador: un fenómeno en ascenso. *Ciudad Segura*, 26, 4–9. <http://hdl.handle.net/10469/2350>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(540), 1–5. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00540>
- Bray, C., Daneshvari, N., & Radhakrishnan, I. (2021). Racial Differences in Statewide Suicide Mortality Trends in Maryland During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 441–444. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3946>
- Campo Aráuz, L., & Aparicio, M. (2017). *Etnografía del suicidio* (1st ed.). Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/19070>
- Caraguay Satama, V., Orlando Jiménez, R., Rojas Cumbicas, J., & Carrión Ruiz, B. (2019). Fallecimientos por suicidio a través de ahorcamiento en la ciudad y provincia de Loja (sur de Ecuador) durante el periodo enero 2015 - junio 2016. *Revista Del Centro de Estudio y Desarrollo de La Amazonía*, 9(2), 58–61. <https://revistas.unl.edu.ec/index.php/cedamaz/article/view/884>
- Carpio Zapata, G. (2011). *Muerte violenta por ahorcamiento en la ciudad Loja en el periodo enero 2009 - junio 2011* [Tesis de Médico General, Universidad Nacional de Loja]. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/6485>
- Carrasco Diaz, S. (2006). *Metodología de la Investigación Científica* (1st ed.). Editorial San Marcos.



- Casant, J., & Helbich, M. (2022). Inequalities of suicide mortality across urban and rural areas: a literature Review. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Issue 5). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052669>
- Chicaiza Huacoliantes, L. (2018). *Lesiones vasculares en ahorcados y su relación con el tipo de suspensión en cadáveres autopsiados en la Unidad Zonal de Medicina Legal Zona 9, periodo enero-junio 2018* [Tesis de Postgrado]. Universidad Central del Ecuador.
- Concheiro Carro, L., & Suárez Peñaranda, J. (2004). Asfixias mecánicas. In J. Gisbert Calabuig & E. Villanueva Cañadas (Eds.), *Medicina legal y toxicología* (6th ed., pp. 460–478). Masson.
- Contreras Cordova, C., Atencio Paulino, J., Sedano, C., Ccoicca Hinojosa, F., & Paucar Huamán, W. (2022). Suicidios en el Perú: descripción epidemiológica a través del Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF) en el periodo 2017-2021. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 85(1), 19–28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4152>
- Crespo Gómez, R. (2011). Proyecto de investigación social: el suicidio en la perspectiva psicosocial. *Cisolog Ciencia Sociológica*, 1–11.
- DiMaio, V., & DiMaio, D. (2001). *Forensic Pathology* (2nd ed.). CRC Press.
- Elfawal, M., & Awad, A. (1994). Deaths from hanging in the Eastern province of Saudi Arabia. *Medicine, Science, and the Law*, 34(4), 307–312. <https://doi.org/10.1177/002580249403400406>



- Esses, V., Wright, J., Thomson, C., & Hamilton, L. (2017). Immigration. In *The SAGE Encyclopedia of Political Behavior*. SAGE Publications, Inc.
<https://doi.org/10.4135/9781483391144.n177>
- Feigin, G. (1999). Frequency of neck organ fractures in hanging. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 20(2), 128–130.
- Ferrada Noli, M., Ormstadb, K., & Hberg, M. (1996). Forensic science pathoanatomic findings and blood alcohol analysis at autopsy (BAC) in forensic diagnoses of undetermined suicide. A cross-cultural study. *Forensic Science International*, 78, 157–163. [https://doi.org/10.1016/0379-0738\(95\)01890-5](https://doi.org/10.1016/0379-0738(95)01890-5)
- Fiske, A., & O'Riley, A. (2016). Toward an understanding of late life suicidal behavior: The role of lifespan developmental theory. *Aging and Mental Health*, 20(2), 123–130. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1078282>
- Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., & Rummel Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- Gibbs, J., & Martin, W. (1958). A theory of status integration and Its relationship to suicide. *American Sociological Review*, 23(2), 140–147.
<https://doi.org/10.2307/2088997>
- Glade, T., & Alexander, D. (2013). Classification of natural disasters. In P. Bobrowsky (Ed.), *Encyclopedia of Earth Sciences Series* (pp. 78–82). Springer Netherlands.
https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4399-4_61



- Greydanus, D., & Calles, J. (2007). Suicide in children and adolescents. *Primary Care Clinics in Office Practice*, 34(2), 259–273.
<https://doi.org/10.1016/j.pop.2007.04.013>
- Guarnizo Chávez, J., & Romero Heredia, N. (2021). Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante confinamiento por pandemia de COVID - 19 en Ecuador. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(4), 819–825.
<https://doi.org/10.25176/rfmh.v21i4.3984>
- Gutiérrez Garcia, A., Contretas, C., Rodríguez, O., & Chantal, R. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66–74.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawHill-Interamericana.
- Hezel, F. (1984). Cultural patterns in trukese suicide. *Ethnology*, 23(3), 193–206.
<https://doi.org/10.2307/3773746>
- INEI. (2017a). *Departamento Puno: resultados definitivos de los censos nacionales: .*
- INEI. (2017b). *Resultados definitivos de los censos nacionales Perú*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
- Jerónimo, M., Piñar, S., Samos, P., González, A., Bellsolà, M., Sabaté, A., León, J., Aliart, X., Martín, L., Aceña, R., Pérez, V., & Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>



- Juan Herrero, J., & Pérez Cañaveras, R. (2007). Sexo, género y biología. *Feminismo/s*, 10, 163–185. <https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.11>
- Kim, A. M. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on suicides: a population study. *Psychiatry Research*, 314. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114663>
- Larson, P. S., & Bergmans, R. S. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on temporal patterns of mental health and substance abuse related mortality in Michigan: an interrupted time series analysis. *Lancet Regional Health. Americas*, 10, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100218>
- Lester, D., & Gunn, J. (2016). Psychology of Suicide. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior: Handbook of Stress* (pp. 267–272). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00032-7>
- Lira, R., Pariona, K., Vargas, R., Carrera, R., & Aronés, S. (2012). Incidencia de muerte por ahorcamiento, 2010 a 2012. *Anales de La Facultad de Medicina*, 73, 1. <https://doi.org/10.15381/anales.v73i0.2257>
- Lutz, J., Morton, K., Turiano, N., & Fiske, A. (2016). Health conditions and passive suicidal ideation in the survey of health, ageing, and retirement in Europe. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 71(5), 936–946. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw019>
- Macdonald, J.-H. (2003). An Anthropological Investigation on Suicide in Palawan, Philippines. *Southeast Asian Studies*, 40, 419–443. https://www.researchgate.net/publication/32157555_Urug_An_Anthropological_Investigation_on_Suicide_in_Palawan_Philippines



- Madni Al, O., Kharoshah Azim, M., Zaki Kamal, M., & Ghaleb Salah, S. (2010). Hanging deaths in Dammam, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17(5), 265–268. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2010.04.003>
- Malinowski, B. (1926). *Crimen y costumbre en la sociedad salvaje* (1st ed., Vol. 1). Ediciones Ariel.
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., ... Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies A Systematic Review. *JAMA*, 294(16), 2064–2070. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>
- Martínez, S., & Saldivar, L. (2005). *Medicina Legal* (17th ed.). Méndez Editorea.
- Meel, B. (2006). Epidemiology of suicide by hanging in Transkei, South Africa. *American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 27(1), 75–78. <https://doi.org/10.1097/01.paf.0000202738.28446.4a>
- Mitchell, T., & Li, L. (2021). State-Level data on suicide mortality during COVID-19 quarantine: early evidence of a disproportionate impact on racial minorities. *Psychiatry Research*, 295, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113629>
- Moreno Pascual, R., & Navia González, F. (2012). Muertes por suicidio en la ciudad de Constitución (Chile) entre los años 2001-2011: estudio de prevalencia acumulada. *Medwave*, 12(09), 1–12. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.09.5528>
- Morrell, S., Taylor, R., Slaytor, E., & Ford, P. (1999). Urban and rural suicide differentials in migrants and the Australian-born, New South Wales, Australia 1985-



1994. *Social Science & Medicine*, 49(1), 81–91. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00083-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00083-0)
- Münster, D., & Broz, L. (2015). The anthropology of suicide: ethnography and the tension of agency. In L. Broz & D. Münster (Eds.), *Suicide and Agency* (1st ed., pp. 3–23). Ashgate. <https://doi.org/10.4324/9781315611297>
- Murphey, D., Barry, M., & Vaughn, B. (2013). Mental health disorders. *Child Trends*, 1–10. https://www.researchgate.net/publication/306157923_Mental_health_disorders
- Olano, S., Martínez García, P., Palacios Granero, R., & Romero Palanco, J. (2005). Muerte por Ahorcadura. *Cuad Med Forense*, 11(40), 145–149. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152008000200007
- Palacio, A. (2010). La comprensión clásica del suicidio de Emile Durkheim a nuestros días. *Affectio Societatis*, 7(12), 1–12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3703186>
- Patitó, J. (2000). *Medicina Legal*. Ediciones Centro Norte.
- Pelkonen, M., & Marttunen, M. (2003). Child and Adolescent Suicide: Epidemiology, Risk Factors, and Approaches to Prevention. *Pediatr Drugs*, 5(4), 243–265. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12662120/>
- Piamo Morales, A., Ferres Marrero, D., Chavez Jiménez, D., Arzuaga Anderson, I., & Palma Manchado, L. (2020). La autopsia y la correlación clínico patológica: un ejercicio que fortalece a la medicina. *Arch Méd Camagüey*, 24(5), 738–747. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000500013



- Porterfield, A., & Gibbs, J. (1960). Occupational prestige and social mobility of suicides in New Zealand. *American Journal of Sociology*, 66(2), 147–152. <https://doi.org/10.1086/222843>
- Qiu, W., Rutherford, S., Mao, A., & Chu, C. (2017). The Pandemic and its Impacts. *Health, Culture and Society*, 9, 1–11. <https://doi.org/10.5195/hcs.2017.221>
- Rabines Juárez, A. (2002). *Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados* [Tesis de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/Rabines_J_A/Indice.htm
- Rao, N. (2010). Violent asphyxial death. In *Textbook of forensic medicine and toxicology* (2nd ed., pp. 194–220). Jaypee.
- Ratkowska, K., & De Leo, D. (2013). Suicide in Immigrants: An Overview. *Open Journal of Medical Psychology*, 02(03), 124–133. <https://doi.org/10.4236/ojmp.2013.23019>
- Rodríguez Pulido, F., De Rivera Revuelta, J., Gracia, M., & Oca Hernández, R. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11(1), 374–380.
- Ronningstam, E., Weinberg, I., & Maltzberger, J. (2021). Psychoanalytic theories of suicide: Historical overview, empirical evidence, and clinical applications. In D. Wasserman (Ed.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Rosado Millán, J., García García, F., Alfeo Álvarez, J., & Rodríguez Rosado, J. (2014). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social*, 13, 433–491. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744532013>



- Sakamoto, H., Ishikane, M., Ghaznavi, C., & Ueda, P. (2021). Assessment of suicide in Japan during the COVID-19 pandemic vs previous Years. *JAMA Network Open*, 4(2), e2037378. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37378>
- Sarma, K., & Kola, S. (2010). The socio-demographic profile of hanging suicides in ireland from 1980 to 2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 17(7), 374–377. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2010.08.010>
- Schrijvers, D., Bollen, J., & Sabbe, B. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders*, 138(1–2), 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
- Shah, A. (2007). The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1141–1152. <https://doi.org/10.1017/S1041610207005285>
- Shah, A., & De, T. (1998). Suicide and the elderly. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2, 3–17. <https://doi.org/10.3109/13651509809115108>
- Sharma, L., Khanagwal, V., & Paliwal, P. (2011). Homicidal hanging. *Legal Medicine*, 13(5), 259–261. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2011.05.009>
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145–174. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Shneidman, E. (1997). The suicidal mind. In W. Maris, M. Silverman, & S. Canetto (Eds.), *Review of suicidology* (1st ed., pp. 22–41). Oxford University Press.
- Sing, K., Marak, A., & Meera, T. (2013). Multifactorial analysis of hanging deaths. *Journal of Medical Society*, 27(1), 49. <https://doi.org/10.4103/0972-4958.116645>



- Solano González, É. (2008). Asfixias mecánicas. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2), 61–68. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152008000200007
- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Nielsen, S., Lehnhardt, J., & Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe—a systematic literature review. In *European Journal of Public Health* (Vol. 25, Issue 1, pp. 63–71). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku121>
- Stoliker, B., Verdun Jones, S., & Vaughan, A. (2020). The relationship between age and suicidal thoughts and attempted suicide among prisoners. *Health and Justice*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40352-020-00117-3>
- Suárez, F. (1989). *Problemas sociales y problemas de programas sociales masivos*. www.cepal.org/es/suscripciones
- Sullivan, E., Annet, J., Luo, F., Simon, T., & Dahlberg, L. (2013). Suicide among adults aged 35–64 years — United States, 1999–2010. *Weekly*, 62(17), 321–325. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6217a1.htm#:~:text=The%20results%20of%20this%20analysis,1999%20to%202017.6%20in%202010.>
- Takajashi, F., Susano, M., García, F., & Cárdenas, J. (2019). *Medicina Forense. Manual Moderno*.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Tsirigotis, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*, 17(8), 65–70. <https://doi.org/10.12659/MSM.881887>



- Üzün, I., Büyük, Y., & Gürpınar, K. (2007). Suicidal hanging: fatalities in Istanbul retrospective analysis of 761 autopsy cases. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14(7), 406–409. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2007.01.002>
- Vargas Alvarado, E. (2012). *Medicina Legal* (4th ed.). Trillas.
- Voracek, M., & Loibl, L. (2008). Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: A meta-analysis. In *Acta Psychiatrica Scandinavica* (Vol. 118, Issue 4, pp. 259–271). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01238.x>
- Voracek, M., Loibl, L., Dervic, K., Kapusta, N., Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2009). Consistency of immigrant suicide rates in Austria with country-of-birth suicide rates: A role for genetic risk factors for suicide? *Psychiatry Research*, 170(2–3), 286–289. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.10.032>
- Webb, R., John, A., Knipe, D., Bojanić, L., Dekel, D., Eyles, E., Marchant, A., Mughal, F., Pirkis, J., Schmidt, L., & Gunnell, D. (2022). Has the COVID-19 pandemic influenced suicide rates differentially according to socioeconomic indices and ethnicity? More evidence is needed globally. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000543>
- Widger, T. (2015). The anthropology of suicide. In T. Widger (Ed.), *Suicide in Sri Lanka: The Anthropology of an Epidemic* (1st ed., pp. 1–22). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315743707>
- Wong Chew, R., & Morales Fernández, J. (2021). Generalidades, aspectos clínicos y deprevención sobre COVID-19: México y Latinoamérica. *Universitas Medica*, 62(3), 1–18. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/33065>



Zhao, L., Han, G., Zhao, Y., Jin, Y., Ge, T., Yang, W., Cui, R., Xu, S., & Li, B. (2020).

Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics. *Frontiers in Genetics*,

11. <https://doi.org/10.3389/fgene.2020.562316>



ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERIZACIÓN DE MUERTES POR SUICIDIO A TRAVÉS DE AHORCAMIENTO EN EL PERIODO 2019 – 2021 EN LA REGIÓN DE PUNO				
Pregunta general	Hipótesis general	Objetivo general	Variable	Metodología
¿Cuáles son las características del suicidio a través de ahorcamiento en el periodo 2019 – 2021 en la región de Puno?	En el suicidio a través de ahorcamientos, los individuos de sexo masculino, de categorías de edad menores de 20 años, procedentes del área urbana, con objeto constrictor duro y durante el periodo de pandemia, presentan mayor frecuencia en este tipo de suicidio.	Caracterizar las muertes por suicidio a través de ahorcamiento en el periodo 2019 – 2021 en la región de Puno.	Variable (1): Suicidio por Ahorcamiento	Enfoque: Cuantitativo Nivel: Descriptivo Dónde: Se describirá V1 → D VI: El suicidio por ahorcamiento D: Descripción de la variable 1
PREGUNTAS ESPECÍFICAS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS		
1) ¿Cuál es el sexo que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno?	1) La frecuencia en el suicidio por ahorcamiento es más alta en individuos de sexo masculino respecto de individuos femeninos.	1) Establecer el sexo que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno.		Diseño: No experimental. Población y Muestra Población: 113 informes periciales de suicidio por ahorcamiento procedentes de las oficinas de criminalística de la Policía Nacional de
2) ¿Cuál es el grupo etario que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno?	2) El grupo etario más afectado en los suicidios por ahorcamiento son los grupos de edad que se encuentran en un rango de edad de 16 a 34 años.	2) Establecer el grupo etario que mayor frecuencia presenta en el suicidio a través de ahorcamiento en la región de Puno.		

<p>3) ¿Cómo es la tendencia en el suicidio por ahorcamientos según las provincias de la región Puno?</p>	<p>3) Existe un crecimiento de suicidios por ahorcamientos en las provincias con mayor densidad poblacional en la región de Puno.</p>	<p>3) Describir la tendencia de suicidios a través de ahorcamientos según las provincias de la región de Puno.</p>	<p>Puno y Juliaca de la región Puno.</p> <p>Muestra: La muestra estuvo conformada por los 113 informes descriptos más arriba.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Técnica Observación simple Instrumento Guía de observación simple</p> <p>Métodos y análisis de datos: Para el procesamiento de los datos se utilizará el software estadístico “R” estudio versión 1.3 y paquete de ofimática.</p>
<p>4) ¿Existe relación entre el tipo de objeto constrictor y el sexo en el suicidio a través de ahorcamientos en la región de Puno?</p>	<p>5) No existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de objeto constrictor y el sexo en el suicidio a través de ahorcamientos en la región de Puno.</p>	<p>6) Determinar la relación entre el tipo de objeto constrictor y el sexo en el suicidio a través de ahorcamientos en la región de Puno.</p>	
<p>7) ¿Cómo ha sido la tendencia de suicidios a través de ahorcamientos durante el periodo de confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19?</p>	<p>8) Existe una tendencia de suicidios a través de ahorcamientos mayor durante el periodo de la pandemia a causa de la pandemia por COVID – 19.</p>	<p>9) Describir la tendencia de suicidios a través de ahorcamientos durante el periodo de confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19.</p>	

ANEXO B: PERMISO DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERÚ, REGIÓN PUNO

Figura 6.

Permiso de la Policía Nacional del Perú para extraer muestra



REF.: G.D. N° 13780-X-MACREPOL-
PUNO/SEC., del 07JUN2022.- OFICIO N°
038-2022-D-EPA-FCS-UNA/PUNO, del
03JUN2021. -----

DECRETO N° 143-2022-COMASGEN PNP/X MRP P-REGPOL P-DIVINCRI P-SEC.

Visto los documentos signados en la referencia, pase al Mayor PNP Saul INOFUENTE RAMOS, Jefe OFICRI PNP Puno, a efectos que, enterándose del contenido, brinde las facilidades a DOS (02) estudiantes egresadas de la Escuela Profesional de Antropología puedan recabar información de factores socioeconómico y su relación con el suicidio en tiempos de pandemia y antes de la pandemia de la Oficina a su mando; información que se utilizará para proyecto de investigación. - **DEVUÉLVASE.** – Informando las acciones y medidas adoptadas.

MRFH/gmm
REG. N° 1105

Puno, 13 de junio del 2022.

DA - 233990
Marcial Rufino FLORES HUAMAN
CORONEL PNP
JEFE DE LA DIVISIÓN DE INVESTIGACION CRIMINAL
PUNO



Figura 7.

Divisiones de Criminalística de donde extrajo la muestra

Puno, 07 JUN. 2022

GD: 13980 -X-MACREPOL-PUNO/SEC

REF: 06 208 1227

PASE A:

<input type="checkbox"/> SEC-ESFIPA	<input type="checkbox"/> DIVPOCOM	<input type="checkbox"/> OFICON	<input type="checkbox"/> UNICOP
<input type="checkbox"/> DIVMRI	<input type="checkbox"/> AYUDANTIA	<input type="checkbox"/> UNIEDU	<input type="checkbox"/> IMR PUNO
<input type="checkbox"/> AREREHUM	<input type="checkbox"/> REGPOL PUNO	<input type="checkbox"/> BANDA DE M.	<input type="checkbox"/> EESTP PUNO
<input checked="" type="checkbox"/> PLANEAMIENTO	<input type="checkbox"/> AREBAP	<input type="checkbox"/> SEC-ICSI	<input type="checkbox"/> SECRETARIA
<input type="checkbox"/> OFIASJUR	<input type="checkbox"/> DIVOPUS-PUNO	<input type="checkbox"/> REGSAL PUNO	<input type="checkbox"/> OFAD-UE
<input type="checkbox"/> UNICII	<input type="checkbox"/> DIVPOL-JULIACA	<input type="checkbox"/> DIVPRCAR	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> UNITIC	<input checked="" type="checkbox"/> DIVINCRI PUNO	<input type="checkbox"/> DAM-P	<input type="checkbox"/> _____

PARA:


<input checked="" type="checkbox"/> CONOC. FINES	<input type="checkbox"/> ACCION	<input type="checkbox"/> CUMPLIMIENTO	<input type="checkbox"/> DIFUSION
<input type="checkbox"/> INVESTIGACION	<input type="checkbox"/> INFORME	<input type="checkbox"/> DICTAMEN	<input type="checkbox"/> VAVD
<input type="checkbox"/> OPINION	<input type="checkbox"/> ARCHIVO	<input type="checkbox"/> TRAMITE	<input type="checkbox"/> ACUSE RECIBO

Cumplimiento de la Resolucion manuscrita del Sr. General PNP.
 Aprobado por el Sr. General PNP.
 Conoc Recurrente, adjunta Ocurrencia Certificada y Constancia Practica.
 En la parte que le respecta.
 Realizar A/S Formular O/O
 Acuse recibo directamente a la autoridad oficiante.
 Coordinar con el recurrente.
 Devolver diligenciado.
 Ejecucion en Plazo reglamentario Horas Dias En el dia

OBS:

Por disposicion del Sr. GENERAL PNP JEFE DE LA X-MACREPOL-PUNO

N° Fis: _____



O.A. 245287
Ramón M. RAMOS CANLLE
 CORONEL PNP
 SECRETARIO X-MACREPOL-PUNO

Handwritten notes: 1105 09 JUN 2022, 12:58

ANEXO C: DATOS DE LA MUESTRA

N.º	Fecha	Año	Edad	Sexo	Provincia	Distrito	Modalidad	Tipo de objeto constructor
1	Febrero	2019	16	Masculino	El Collao	Ilave	Ahorcamiento	Cable
2	Marzo	2019	17	Masculino	Chucuito	Juli	Ahorcamiento	Soga
3	Marzo	2019	51	Masculino	Coata	Coata	Ahorcamiento	Soga
4	Abril	2019	23	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Soga
5	Abril	2019	17	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Alambre de construcción
6	Abril	2019	18	Femenino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Chalina blanca
7	Abril	2019	15	Femenino	Chucuito	Juli	Ahorcamiento	Soga
8	Abril	2019	14	Femenino	Macusani	Acora	Ahorcamiento	Soga
9	Junio	2019	-	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Soga
10	Junio	2019	34	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Cable
11	Agosto	2019	27	Femenino	Puno	Puno	Ahorcamiento	-
12	Agosto	2019	72	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Soga
13	Noviembre	2019	16	Masculino	El Collao	Ilave	Ahorcamiento	Soga
14	Noviembre	2019	20	Femenino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Chalina
15	Diciembre	2019	62	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Chalina
16	Diciembre	2019	17	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Chalina
17	Diciembre	2019	19	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Chalina
18	Diciembre	2019	-	Masculino	Chucuito	Desaguadero	Ahorcamiento	Cable
19	Marzo	2020	19	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Cuerda sintética
20	Mayo	2020	18	Femenino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Soga
21	Julio	2020	48	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Correa de nylon
22	Julio	2020	14	Femenino	Puno	Capachica	Ahorcamiento	Soga
23	Septiembre	2020	16	Masculino	Puno	Plateria	Ahorcamiento	Chalina de lana
24	Septiembre	2020	16	Masculino	Puno	Chucuito	Ahorcamiento	Alambre unidad a una cuerda
25	Septiembre	2020	15	Femenino	Macusani	Acora	Ahorcamiento	Sabana
26	Noviembre	2020	20	Masculino	Macusani	Acora	Ahorcamiento	Soguilla
27	Diciembre	2020	-	Masculino	Chucuito	Desaguadero	Ahorcamiento	soga

28	Diciembre	2020	24	Masculino	El Collao	Ilave	Ahorcamiento	Sabana
29	Diciembre	2020	-	Masculino	El Collao	Ilave	Ahorcamiento	Chalina
30	Agosto	2020	18	Masculino	Chucuito	Pomata	Ahorcamiento	Soga
31	Enero	2021	16	Masculino	Huancané	Huancané	Ahorcamiento	-
32	Febrero	2021	20	Masculino	Puno	Atuncolla	Ahorcamiento	-
33	Abril	2021	17	Femenino	Chucuito	Zepita	Ahorcamiento	-
34	Mayo	2021	21	Femenino	Puno	Puno	Ahorcamiento	chalina
35	Junio	2021	32	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	cable de conexión
36	Junio	2021	22	Masculino	Chucuito	Desaguadero	Ahorcamiento	Soga con nudo corridizo
37	Junio	2021	16	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Objeto constrictor duro
38	Junio	2021	19	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Cuerda con cable
39	Agosto	2021	7	Masculino	El Collao	Ilave	Ahorcamiento	Pasador sintético
40	Agosto	2021	18	Masculino	Chucuito	Pomata	Ahorcamiento	Soga
41	Noviembre	2021	-	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Soga
42	Diciembre	2021	47	Masculino	Chucuito	Pomata	Ahorcamiento	Soga
43	Diciembre	2021	19	Femenino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Cable
44	Diciembre	2021	26	Masculino	Puno	Puno	Ahorcamiento	Cable
45	Enero	2019	19	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cable
46	Enero	2019	13	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cuerda de jebe
47	Febrero	2019	13	Masculino	San Román	Cabanillas	Ahorcamiento	Soga
48	Febrero	2019	13	Femenino	Moho	Moho	Ahorcamiento	Soga
49	Febrero	2019	18	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
50	Febrero	2019	41	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
51	Febrero	2019	16	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Chalina
52	Marzo	2019	19	Masculino	Ananea	La Rinconada	Ahorcamiento	Mochila
53	Abril	2019	13	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Chalina
54	Abril	2019	44	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
55	Mayo	2019	52	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Pantalón de lana
56	Junio	2019	18	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Chalina
57	Marzo	2019	24	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga

58	Julio	2019	30	Masculino	-	-	Ahorcamiento	Soga
59	Agosto	2019	27	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cable
60	Agosto	2019	21	Masculino	Carabaya	-	Ahorcamiento	Soga sintética
61	Agosto	2019	19	Masculino	Carabaya	-	Ahorcamiento	Soga sintética
62	Octubre	2019	28	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
63	Noviembre	2019	19	Masculino	Moho	Moho	Ahorcamiento	Chalina
64	Octubre	2019	21	Femenino	-	-	Ahorcamiento	Soga
65	Octubre	2019	62	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
66	Octubre	2019	71	Masculino	Melgar	Ayaviri	Ahorcamiento	Soga
67	Enero	2020	15	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Chalina
68	Enero	2020	55	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Pedazo de tela
69	Enero	2020	83	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Honda
70	Enero	2020	17	Masculino	Azángaro	Azángaro	Ahorcamiento	Chalina
71	Enero	2020	15	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Correa
72	Marzo	2020	70	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cuerda
73	Febrero	2020	25	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
74	Febrero	2020	15	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cuerda
75	Mayo	2020	13	Masculino	Azángaro	Azángaro	Ahorcamiento	Soga
76	Mayo	2020	18	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
77	Junio	2020	13	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Chalina
78	Julio	2020	24	Masculino	Lampa	Lampa	Ahorcamiento	Soga
79	Julio	2020	14	Femenino	Melgar	-	Ahorcamiento	Soga
80	Julio	2020	37	Masculino	Azángaro	Saman	Ahorcamiento	Soga
81	Julio	2020	20	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Chalina
82	Agosto	2020	-	Masculino	-	-	Ahorcamiento	Pasador
83	Agosto	2020	11	Femenino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cable
84	Septiembre	2020	35	Masculino	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
85	Agosto	2020	69	Masculino	Lampa	Lampa	Ahorcamiento	Soga
86	Agosto	2020	67	Masculino	Azángaro	Azángaro	Ahorcamiento	Soga
87	Septiembre	2020	32	Masculino	Azángaro	Azángaro	Ahorcamiento	Pasador

88	Noviembre	2020	27	Masculino	Azángaro	Azángaro	Azángaro	Ahorcamiento	chalina
89	Diciembre	2020	25	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Correa
90	Enero	2021	67	Masculino	Moho	Moho	Moho	Ahorcamiento	Soga
91	Marzo	2021	49	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
92	Marzo	2021	15	Masculino	San Román	San Román	Cabana	Ahorcamiento	Soga
93	Abril	2021	15	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
94	Julio	2021	13	Femenino	Azángaro	Azángaro	Azángaro	Ahorcamiento	Soga
95	Julio	2021	23	Masculino	San Román	San Román	Cabanillas	Ahorcamiento	Pasador
96	Julio	2021	13	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
97	Julio	2021	30	Femenino	San Román	San Román	-	Ahorcamiento	Soga
98	Agosto	2021	46	Masculino	Lampa	Lampa	Lampa	Ahorcamiento	Cable
99	Julio	2021	27	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Sabana
100	Noviembre	2021	16	Masculino	Azángaro	Azángaro	Achaya	Ahorcamiento	Chalina
101	Noviembre	2021	43	Masculino	Macusani	Macusani	Macusani	Ahorcamiento	Chalina
102	Noviembre	2021	31	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cuerda
103	Noviembre	2021	44	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Chalina
104	Octubre	2021	19	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Correa
105	Noviembre	2021	16	Femenino	Azángaro	Azángaro	Azángaro	Ahorcamiento	Manguera
106	Diciembre	2021	26	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
107	Enero	2021	16	Masculino	Huancané	Huancané	Huancané	Ahorcamiento	Cuerda
108	Febrero	2021	28	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
109	Febrero	2021	59	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Cable
110	Enero	2021	19	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
111	Septiembre	2021	43	Masculino	Puno	Puno	Puno	Ahorcamiento	Soga
112	Septiembre	2021	25	Masculino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga
113	Septiembre	2021	-	Femenino	San Román	San Román	Juliaca	Ahorcamiento	Soga

ANEXO D: INFORMES DE CASOS DE MUERTES POR SUICIDIO A TRAVES DEL AHORCAMIENTO EN LA REGION DE PUNO

Figura 8.

Caso 01

diario
Los Andes

AREQUIPA PUNO JULIACA POLICIALES POLÍTICA NACIONAL SOCIEDAD DEPORTES ESPECIAL BIC

Insólito: joven madre muere en el baño de un hospedaje de la ciudad de Puno

Por Los Andes — 21/12/2021 in Policiales, Puno

Insólito: joven madre muere en el baño de un hospedaje de la ciudad de Puno

Puno. ¿Crimen o suicidio?. Una joven madre identificada como Yakelin Milagros Molina Quispe (19), natural de la provincia de San Roman – Juliaca, fue encontrada sin vida dentro de un hospedaje en la ciudad de Puno.

El hecho se registró ayer al promediar las 6:30 horas cuando la encargada del hospedaje Capac Kolla ubicado en el Jr. Alfonso Ugarte, alertó al personal del Samu, sobre un caso de emergencia.

Según precisó, una pareja se alojó al promediar las 4:30 en la habitación 204 de dicho establecimiento. Fue así que pasadas dos horas, el varón de nombre Roger Denilson M. P., salió pidiendo ayuda indicando que su acompañante se había ahorcado en el baño.

Cuando personal del Samu se constituyó en el hospedaje solo confirmó el deceso de la joven que cuyo cuerpo fue llevado a la morgue del hospital regional. Por su parte su acompañante quedó en calidad de detenido mientras duren las investigaciones.


Según las hipótesis de la policía, el occiso quien deja en la orfandad a una niña de 2 años, aparentemente se habría suicidado ya que se encontró una especie de cuerda en la habitación, sin embargo tampoco se descarta un posible crimen.

DATO

De acuerdo a la encargada del hospedaje, la occisa y su acompañante habían ingresado en aparente estado de ebriedad.

Figura 9.

Informe criminalístico 01


POLICIA NACIONAL DEL PERU
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
OFICINA DE CRIMINALISTICA-PNP-PUNO
INFORME PERICIAL DE INSPECCION CRIMINALISTICA

I. INFORMACIÓN:

A. PROCEDENCIA : AREINCRI PNP PUNO - SID
B. ANTECEDENTE : OFICIO

II. PERITO:

con domicilio procesal en el Jr. Deustua Nro. 1536 cercado de Puno (Criminalística PNP), Perito acreditado por el instituto de criminalística con especialidad en Investigación en la Escena del Crimen, con N° de registr con DNI

III. INSPECCIÓN CRIMINALÍSTICA:

A. FECHA DE LA SOLICITUD : 20 de Diciembre 2021.
B. LUGAR DE LA INSPECCIÓN
C. INSPECCIÓN A REALIZAR : Búsqueda de indicios y evidencias de Interés Criminalístico.
D. HECHOS : Presunto delito contra la vida el cuerpo y la salud (Fallecimiento de persona NN).
E. FECHA Y HORA DEL I.C. : 20DIC21 a las 09:26 Hrs.
F. MUESTRA PARA ANÁLISIS : Ninguno.
G. PARTICIPANTES : **Personal OFICRI-PNP-PUNO:**

Personal de la AREINCRI PNP P.

Personal Policial.
S3 PNP.
RMP.

Médico Legista.


Figura 10.

Método de ingreso y ubicación



Figura 11.

Informe criminalístico 02


POLICIA NACIONAL DEL PERU
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
OFICINA DE CRIMINALISTICA-PNP-PUNO
INFORME PERICIAL DE INSPECCION CRIMINALISTICA

IV. MÉTODOS APLICADOS PARA LA FORMULACIÓN DEL PRESENTE INFORME:
Para la formulación del presente informe se aplicó el método descriptivo y analítico.

V. MÉTODOS APLICADOS PARA EL INGRESO Y UBICACIÓN DE INDICIOS Y/O EVIDENCIAS EN LA ESCENA
Para la inspección realizada, se procedió a ocupar la escena con el método **DIRECTO** y para la ubicación de los indicios y/o evidencias se realizó de lo **Genérico a lo Específico**, según los principios criminalísticos de uso, Producción, intercambio, correspondencia, reconstrucción, probabilidad y certeza.

VI. RESULTADO DE LA INSPECCIÓN:

A. Llegada, descripción y perennización del lugar inspeccionado:

1. Llegada.
Presentes en el lugar de los hechos, se coordinó con el Representante del Ministerio Público (titular de la acción penal), se recaba información previa sobre el fallecimiento de una persona al interior de un inmueble. Con la previa autorización del RMP se procedió a perennizar con imágenes fotográficas y a describir la escena donde se encontraba la persona fallecida con el fin de localizar, fijar materiales de interés criminalístico que pudieran ayudar a identificar, reconstruir y esclarecer sobre el hecho suscitado.

2. Descripción del inmueble.
Parte exterior.- El lugar indicado en el punto III-B, del presente informe pericial de I.C., corresponde a una **escena cerrada**, vivienda de cuatro niveles construido en material de concreto; exhibía un letrero de color verde ubicado en la parte superior del inmueble y de donde se leía "CAPACKOLLAINN", seguidamente se apreció que dicho inmueble a nivel de fachada presentaba puertas abiertas con

Figura 12.

Informe criminalístico 03

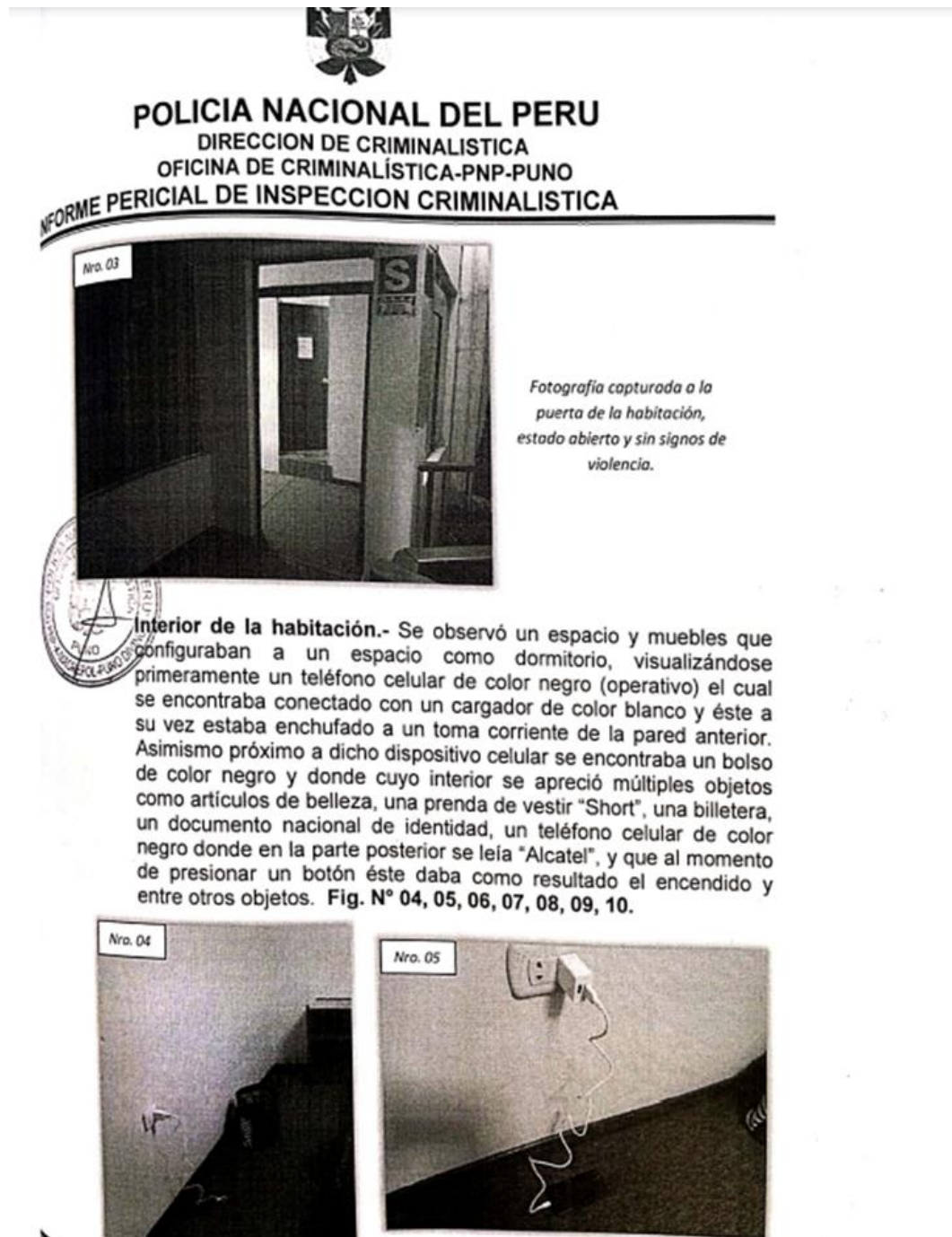


Figura 13.

Inspección criminalística 01

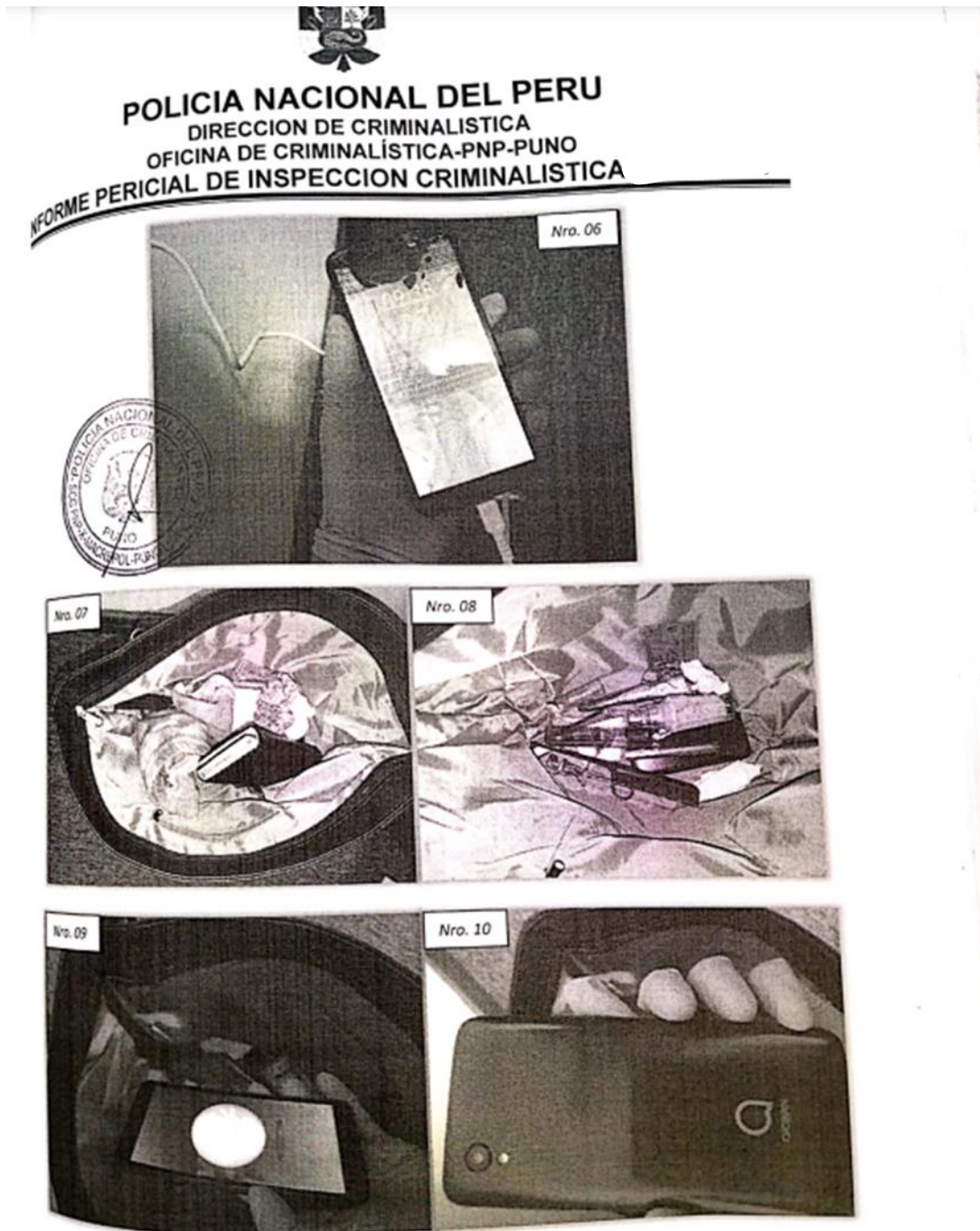
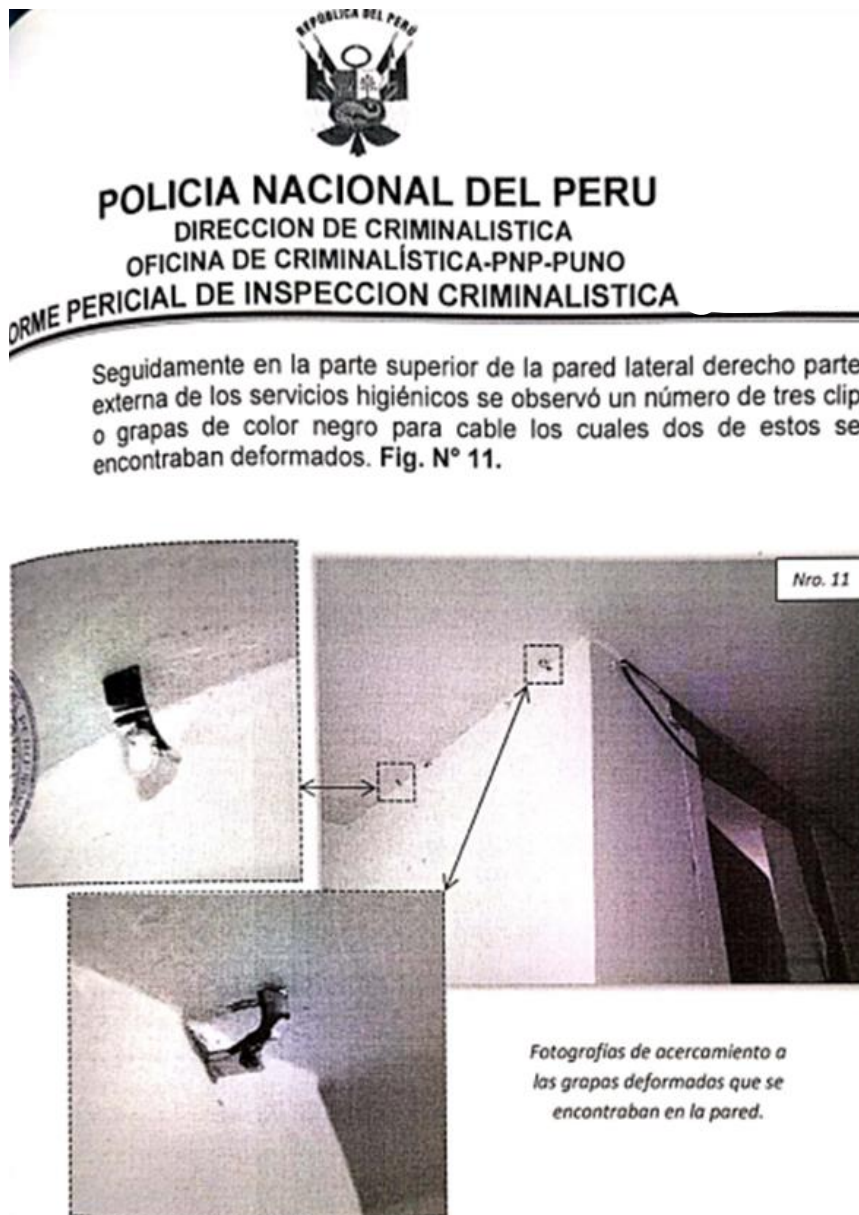


Figura 14.

Inspección criminalística 02



Paralelamente a dichas grapas en la pared anterior del lado derecho se observó una cuarta grapa de color negro; éste sujetaba un cable de color negro, asimismo un extremo de dicho cable se encontraba en dirección hacia el interior de los servicios higiénicos pasando por encima de la puerta del lado superior derecho. Al observarse desde el interior dicho cable se encontraba suspendido. Fig. N° 12, 13, 14.

Figura 15.

Inspección criminalística 03

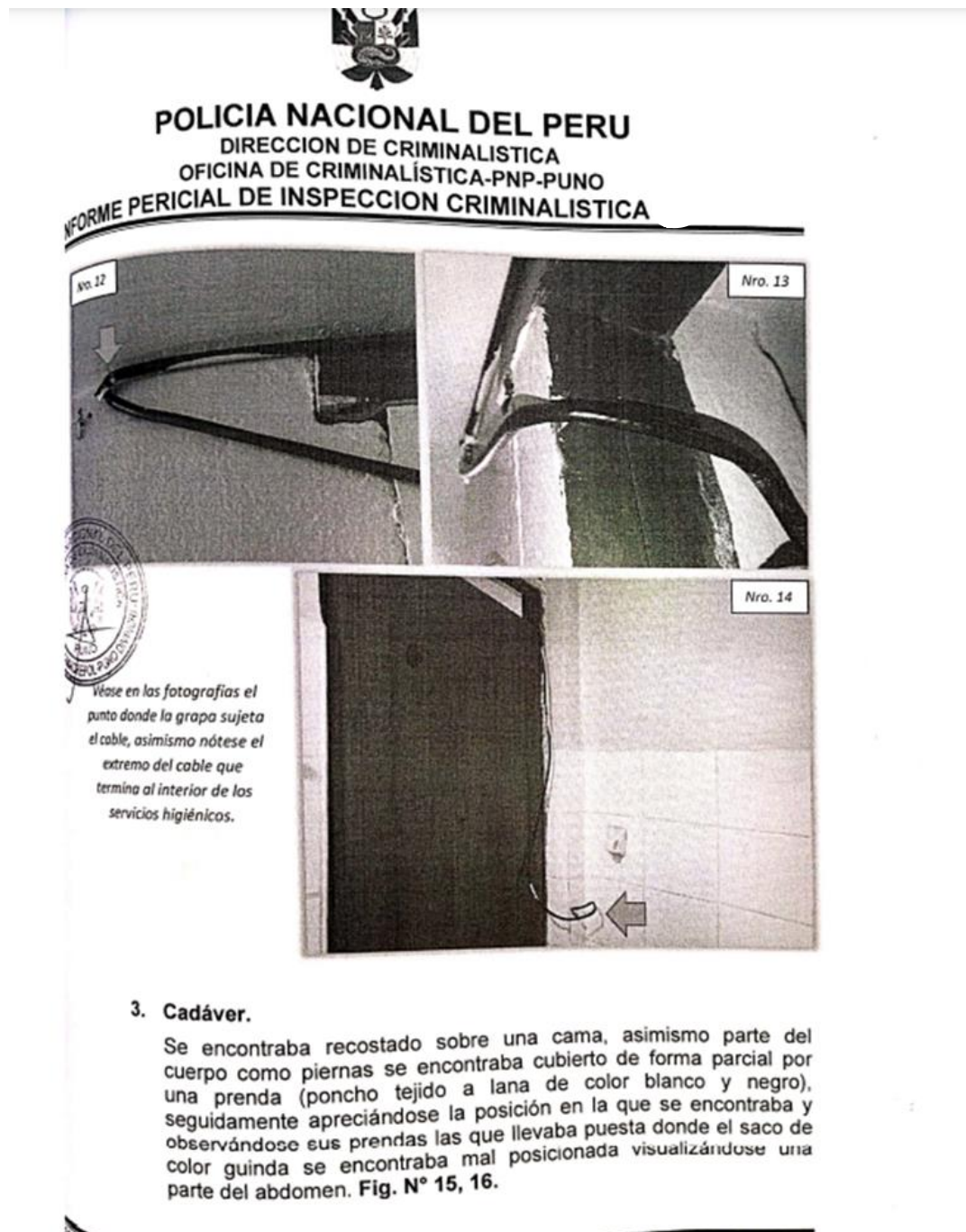
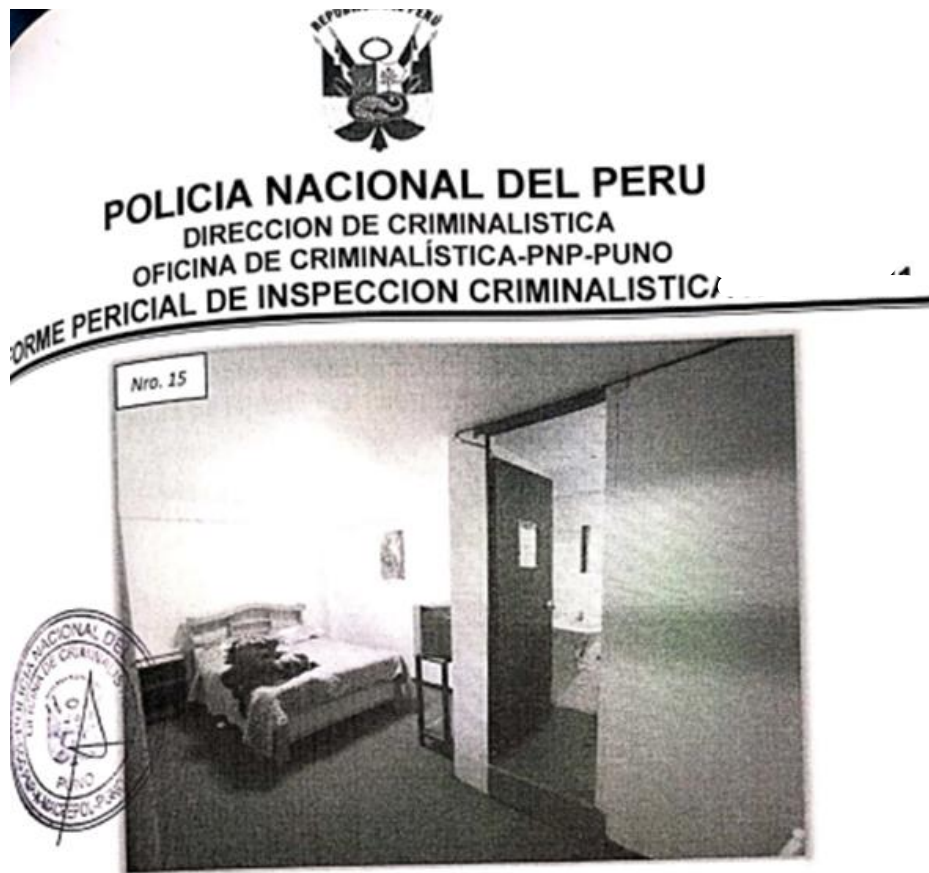


Figura 16.

Inspección criminalística 04



Fotografías capturada desde la puerta de la habitación.




Fotografías capturada al cuerpo sin vida ubicado sobre una cama.

+

Figura 17.

Inspección criminalística 05


POLICIA NACIONAL DEL PERU
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
OFICINA DE CRIMINALISTICA-PNP-PUNO
INFORME PERICIAL DE INSPECCION CRIMINALISTICA

B. UBICACIÓN DEL CADÁVER.
Se encontraba con la polo cefálico orientado al punto cardinal este a 120 Cm de la pared anterior y a 193 Cm de la pared lateral derecho de la habitación, miembros inferiores semi flexionadas orientadas al punto cardinal este; talón izquierdo a 112 Cm de la pared anterior y a 61 Cm de la pared lateral derecho de la habitación, extremidades superiores semi flexionadas.

C. POSICIÓN DEL CADÁVER.
Decúbito dorsal.

D. VESTIMENTA.
Una (01) saco de lanilla color guinda.
Una (01) casaquilla de color crema con negro.
Un (01) top con hojuelas color guinda.
Una (01) correa de cuero color negro.
Un (01) pantalón jean de color negro con aplicaciones rasgadas.
Una (01) ropa interior de color blanco.
Un (01) par de zapatillas de color blanco.
Un (01) par medias de color negro.

Adicionalmente se observa un collar dorado con un dije y un sujetador de cabello puesto en la muñeca de la mano izquierda.

E. LESIONES EXAMINADAS POR EL MEDICO LEGISTA.
Escoriación post traumática de 0.5 Cm con equimosis de 0.3 Cm y tumefacción de 1.5 Cm en cuerpo y cala de la ceja izquierda.
Surco asimétrico incompleto con fondo equimótico con apergaminación discontinua que mide 24 Cm con impregnación cuadrada apergaminada en la región mandibular del lado izquierdo.
Tres escoriaciones costrosas ungueales de 0.2 Cm, 0.3 Cm y un centímetro aproximadamente en la cara postero medial interno de la mano derecha.
Escoriación epidérmica discontinua de 02 centímetros en cara posterior de la mano derecha.

Figura 18.

Inspección criminalística 06

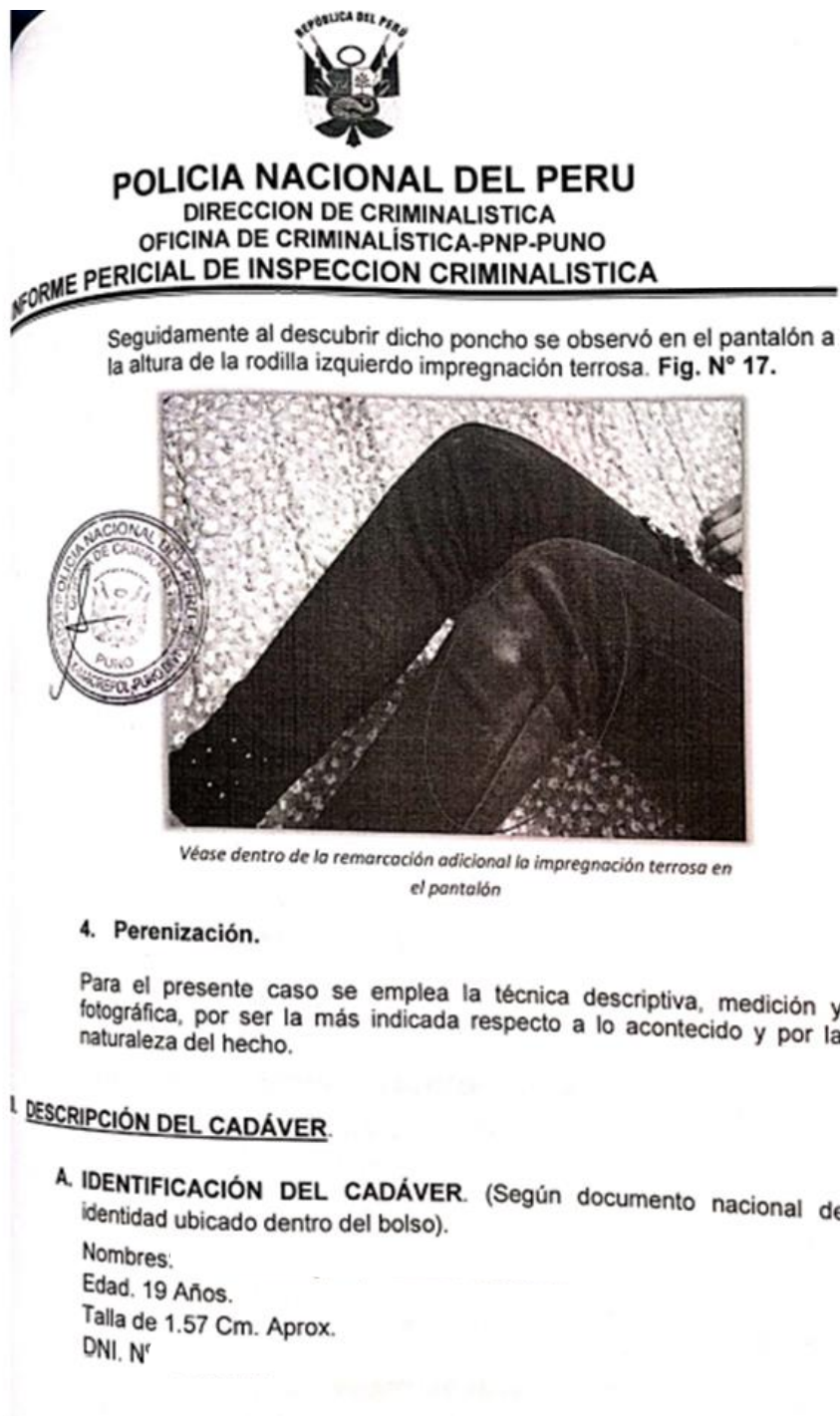


Figura 19.

Inspección criminalística 07

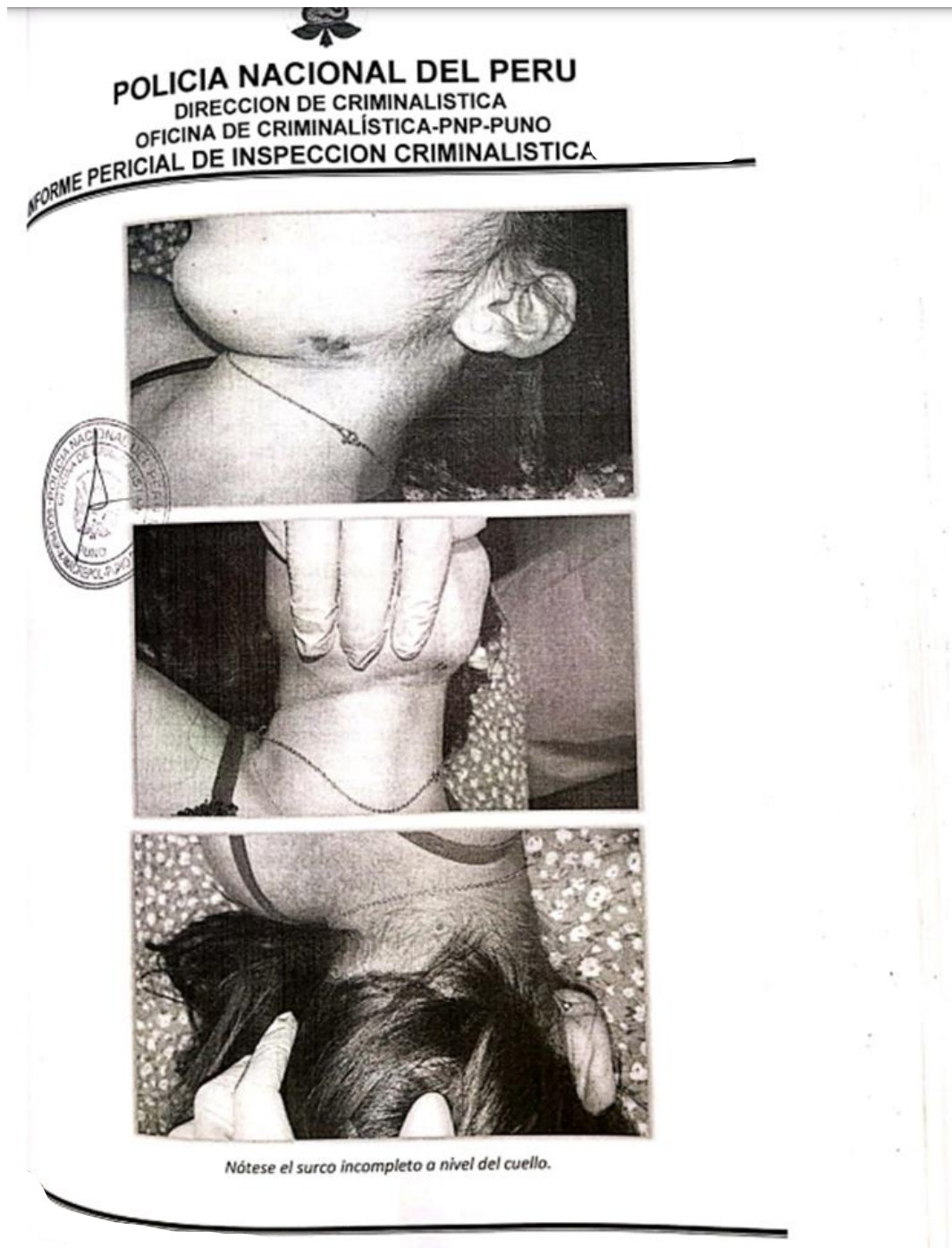
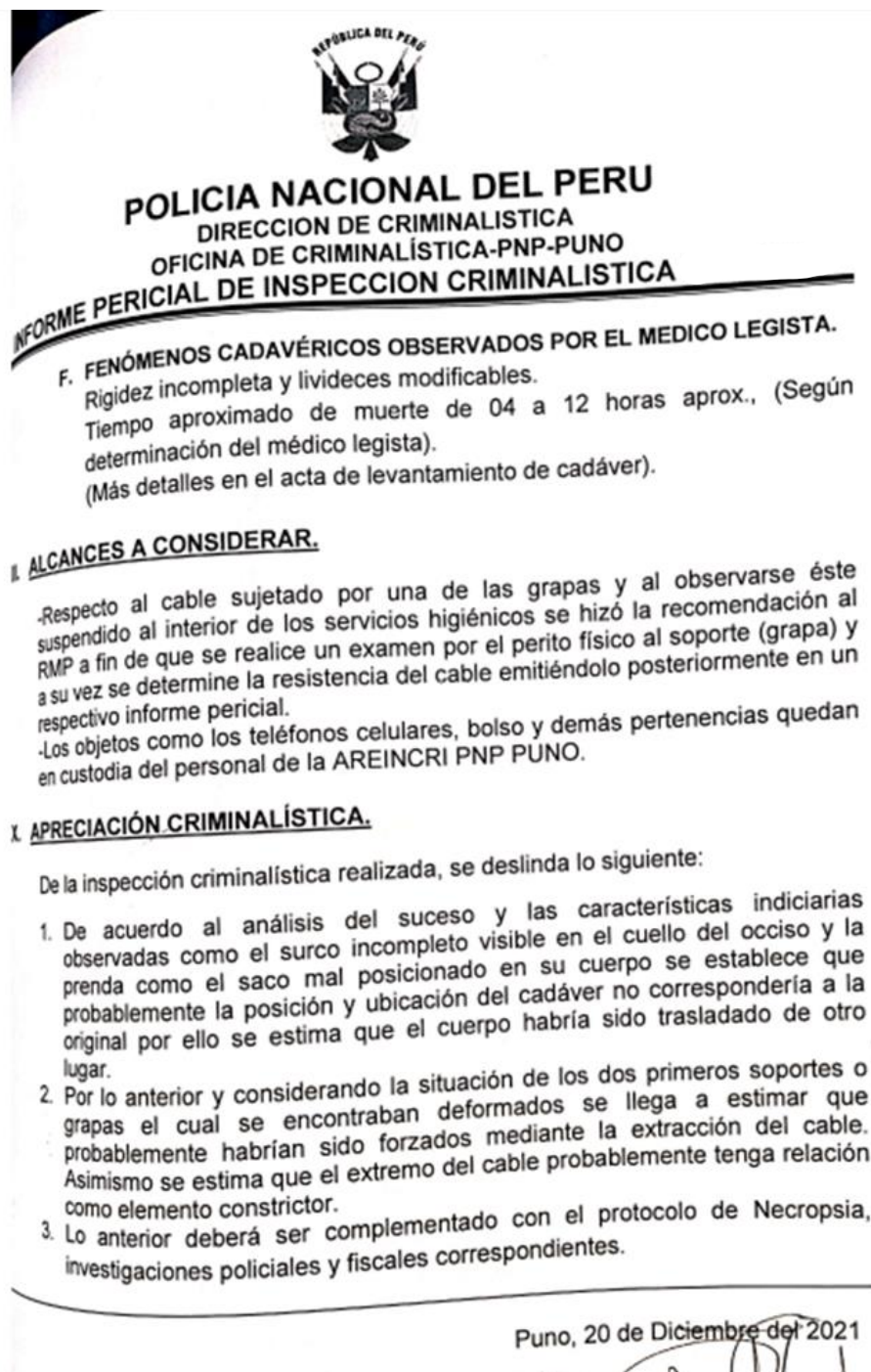


Figura 20.


Informe criminalístico 04



CASO 2

Figura 21.

Informe criminalístico 05



POLICIA NACIONAL DEL PERÚ
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
DIRINCRI PNP PUNO /OFICRI PUNO - JULIACA
INFORME PERICIAL DE INSPECCIÓN CRIMINALÍSTICA

Asunto : Resultado de la Inspección criminalística y levantamiento de cadáver de (23), efectuada en el Distrito de Cabanillas.

Ref. : Oficio

I. DATOS DEL PERITO QUE SUSCRIBE

GRADO :
APELLIDOS :
NOMBRE :
DNI Nro. :
CIP. :
DOMICILIO PROCESAL : Jr. Pumacahua con Jr. Apurímac – Juliaca.
ESPECIALIDAD : Perito Especializado en Inspecciones Criminalísticas egresada del "IX CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN INSPECCIÓN CRIMINALÍSTICA" desarrollado en la Escuela de Criminalística de la DIRCRI-PNP-LIMA y graduada de la Escuela de Capacitación y Especialización Policial de la Dirección de Educación y Doctrina – LIMA.



II. INFORMACIÓN.


A. Dependencia solicitante : Comisaría PNP Cabanillas.
B. Fecha y hora solicitada : 11 JUL2021, a horas 12:30.
C. Occiso : (23).
D. Lugar de los sucesos : Cerro Quenacutun del Distrito de Cabanillas.
E. Fecha y hora ocurrida : Se investiga.
F. Registro OFICRI I.C.

III. INSPECCIÓN CRIMINALÍSTICA.

A. Fecha y hora de la IC : 11 JUL2021, a las 14:20 horas.
B. Hechos :
C. Muestras para análisis : De interés Físico.
D. Participantes :
Perito Especializado en IC. :

Figura 22.

Informe criminalístico 06


POLICIA NACIONAL DEL PERÚ
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
DIRINCRI PNP PUNO /OFICRI PUNO - JULIACA
INFORME PERICIAL DE INSPECCIÓN CRIMINALÍSTICA

Pesquisa : ST3 PNP
(Comisaria PNP Cabanillas)

Representante del M. P. : (Fiscal
Adjunto de la 1ra FPPC San Román -
Juliaca)

Médico Legista :
Testigo : (Madre del
Occiso).

IV. MOTIVACIÓN O FUNDAMENTACIÓN DE LA INSPECCIÓN

Localización, fijación, colección y estudio de los indicios y evidencias materiales con características identificadoras y reconstructoras, así como el suministro de los mismos a los laboratorios de criminalística.

V. RESULTADO DE LA INSPECCIÓN.

A. LLEGADA, PERENNIZACIÓN, MÉTODO DE INGRESO Y UBICACIÓN DEL LUGAR INSPECCIONADO

1. LLEGADA.

Presentes en el lugar de los hechos descrito en el punto II-D, se procedió a su protección, realizándose las coordinaciones necesarias con los participantes, con la finalidad de recabar información primigenia respecto a los hechos suscitados, a fin de perennizar, describir y abordar la escena, con el propósito de ubicar indicios y/o evidencias de interés Criminalístico.

2. PERENNIZACION.

Para el presente caso se empleó el método descriptivo y la toma de vistas fotográficas, panorámicas, de acercamiento y de detalle.

3. MÉTODO DE INGRESO A LA ESCENA

Se procedió al ingreso y ocupación de la escena con el método DIRECTO, por ser el más apropiado para el tipo de escena (campo abierto) y las circunstancias en las que se encontró la misma.



Figura 23.

Informe criminalístico 07

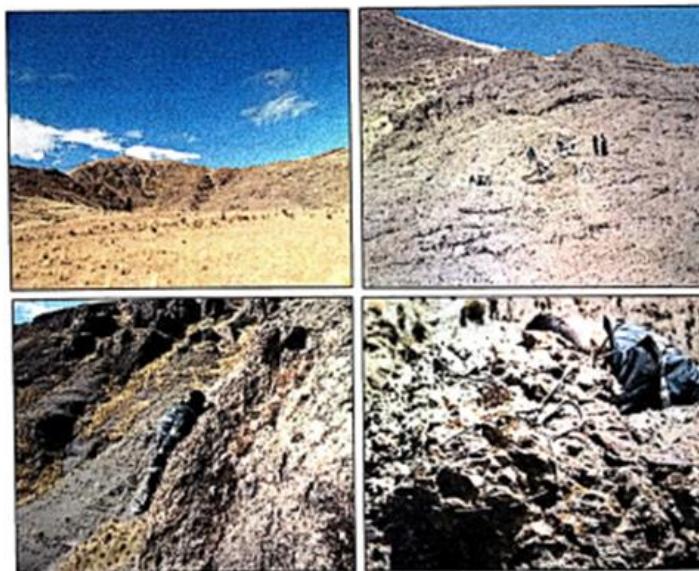

POLICIA NACIONAL DEL PERÚ
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
DIRINCRI PNP PUNO /OFICRI PUNO - JULIACA
INFORME PERICIAL DE INSPECCIÓN CRIMINALÍSTICA

El lugar materia de inspección se encuentra ubicado en una zona rural y agreste, específicamente ubicado en el Cerro Quenacuturi, del Distrito de Cabanillas, Provincia de San Román y departamento de Puno.

B. ABORDAJE DE LA ESCENA

1. Presentes en el Distrito de Cabanillas, nos constituimos hasta el Cerro denominado Quenacuturi, el cual corresponde a un terreno inhóspito, agreste, rocoso y con veaetación seca, ubicándose casi en la cima el cadáver de

(23), en posición de suspensión completa, observándose alrededor del cuello, dos hileras que se encuentran atadas entre sí (**elemento constrictor**), el mismo que presenta un ojal en uno de sus extremos, el cual se desliza en forma corrediza haciendo presión en el cuello del occiso, dicho extremo a su vez está amarrado a una roca existente en este cerro (**punto fijo**), en dicho lugar no se evidencio características de haberse producido un hecho de carácter violento ocasionadas por personas ajenas.



C. DESCRIPCION, UBICACIÓN Y LESIONES DEL CADAVER.

1. Descripción y ubicación del cadáver:

Figura 24.

Contenido de informe criminalístico

POLICIA NACIONAL DEL PERÚ
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
DIRINCRI PNP PUNO /OFICRI PUNO - JULIACA
INFORME PERICIAL DE INSPECCIÓN CRIMINALÍSTICA

Tal como se detalla en el punto V.B.1, se divisa un cadáver de sexo masculino, en suspensión completa, sujetado por el cuello con dos hileras atadas entre sí, color plomo y a un punto fijo (roca), con la cabeza ligeramente inclinada hacia el lado izquierdo, con los miembros superiores e inferiores extendidos.

2. Vestimenta:

Un mameluco color azul marino con cintas reflectivas color plomo, un par de medias color plomo, trusa color negro y un par de zapatillas caña alta sin hileras.

3. Lesiones:

Posterior a ser bajada del punto fijo y retirado el agente constrictor que bordea el cuello, se apreció que el occiso presenta:

- Escoriación en placa de 2.5 x 1.5 cm, en región temporal derecha, anterior a región auricular.
- Escoriación en placa de 3 x 2 cm, en región infra arbitraria izquierda.
- Tres escoriaciones lineales, oblicuas de 10 x 0.1 cm, en región maseeterina y maxilar derecho.
- Una escoriación lineal vertical y otra oblicua en región temporomaceterina derecha y maxilar derecha.
- En cuello presenta un surco oblicuo, ascendente y completo de 26 x 1 cm aproximadamente, que circunda completamente el cuello hasta región occipital.
- Escoriación lineal horizontal de 3 x 0.1 cm, en región torácica anterior.
- Cinco escoriaciones de bordes irregulares, en región epigástrica.

4. Fenómenos y características cadavéricas:

- Corneas opacas, no deja visualizar pupilas.
- Cianosis marcada en labios y lechos ungueales de ambas manos.
- Lengua ligeramente protruida.
- Zonas esfaceladas en tronco y miembros inferiores.
- Coloración verdosa en abdomen.
- Rigidez parcial en mandíbula y extremidades.
- Livideces en pantalón.




Figura 25.

Contenido de informe criminalístico



Figura 26.

Inspección criminalística 08

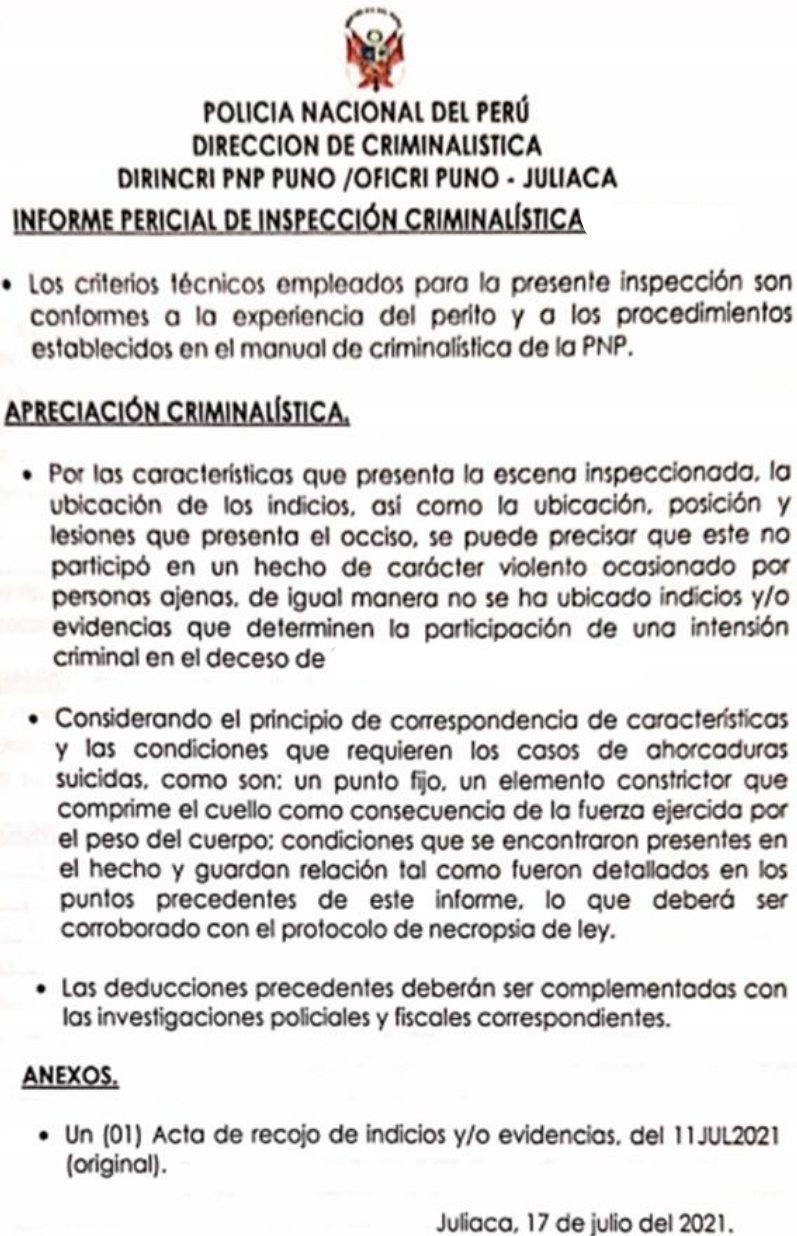




Figura 27.

Acta de recojo de indicios y evidencias

**POLICIA NACIONAL DEL PERU
DIRECCION DE CRIMINALISTICA
OFICINA DE CRIMINALISTICA JULIACA**

ACTA DE RECOJO DE INDICIOS Y/O EVIDENCIAS

--- En el distrito de Cabonillas, siendo las 14:50 horas del día 11 JUL 2021 presentes en el Cerro Quehuacuy - Cabonillas, el perito IC: _____ (OFICRI - Juliaca) el pesquisa: _____ RMP _____ las personas de _____ (Madre del occiso) _____ a merito del Oficio N° _____ procede a realizar la presente diligencia conforme al siguiente detalle:

PRIMERO: Por disposición del Representante del Ministerio Público, el perito interviniente procede al ingreso a la escena, con la finalidad de ubicar indicios y/o evidencias que serán levantados y trasladados a la Oficina de Criminalística PNP para su examen y/o análisis respectivo.

SEGUNDO: Detalle de los siguientes indicios y/o evidencias levantados:
- Dos (02) hileras de color plomo, atadas entre sí, que presenta un ojal corredizo en uno de sus extremos, el cual constituiría el objeto constructor en el deceso del ahora occiso.

TERCERO: Los indicios y/o evidencias levantados, son lacrados en un sobre manila y refrendados por el R.M.P. presente, con sus respectivos rótulos y cadena de custodia.

--- Siendo las 15:10 horas del mismo día se da por concluida la presente diligencia, firmando los participantes en señal de conformidad.

ANEXO E: PANEL FOTOGRÁFICO DE TRABAJO DE CAMPO

Figura 28.

Dirección de Criminalística del Departamento de Investigación Policial



Figura 29.

Búsqueda de informes periciales sobre suicidio por ahorcamiento



Figura 30.

Recopilación y traslado de información sobre suicido por ahorcamiento

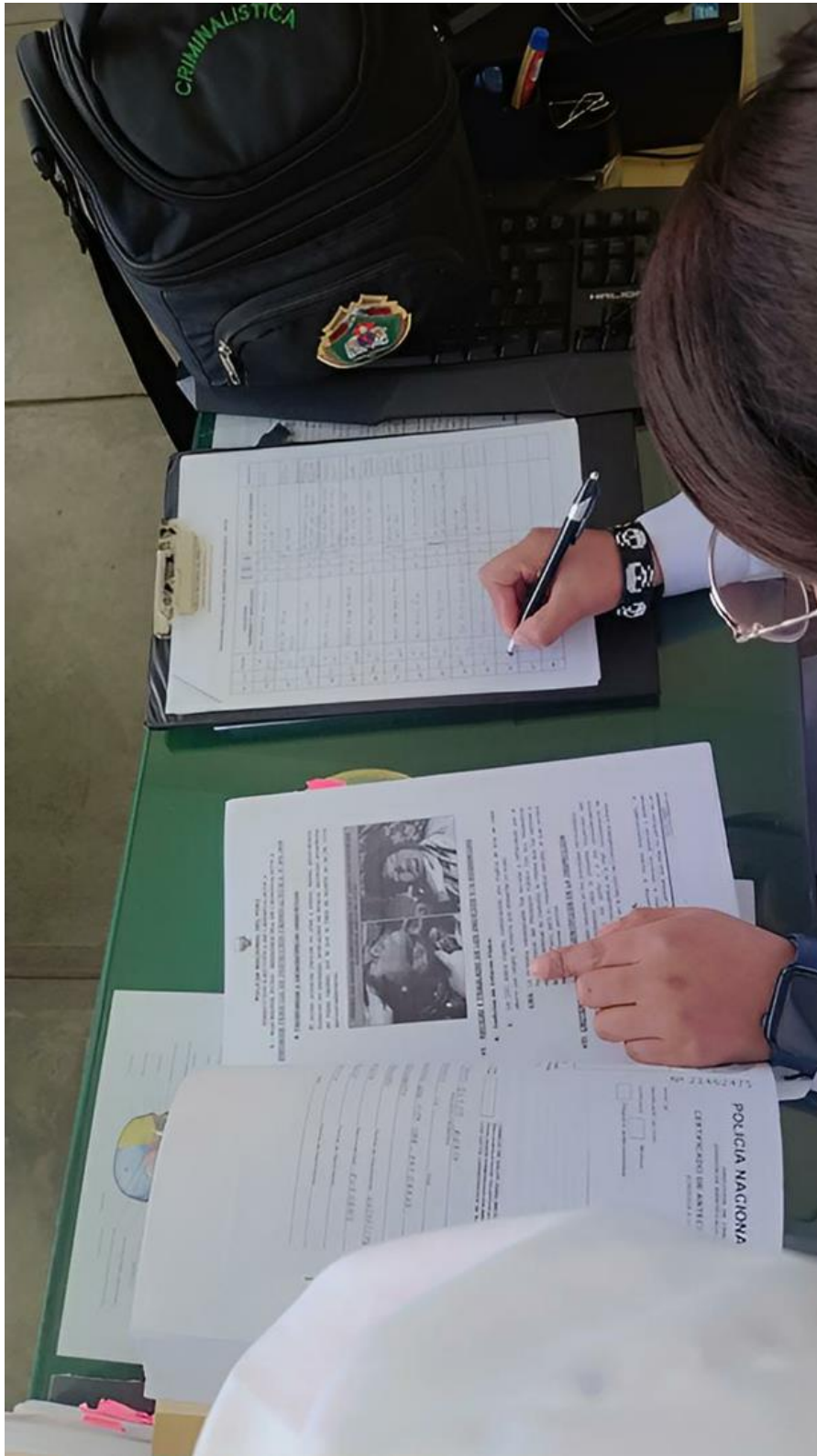


Figura 31.

Equipo de Criminalística de la Policía Nacional de la Región Puno





DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Vania Irene Apaza Bravo
identificado con DNI 70847266 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ANTROPOLOGIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" CARACTERIZACIÓN DE MUERTES POR SUICIDIO
A TRAVÉS DE AHORCAMIENTO EN EL
PERIODO 2019-2021 EN LA REGIÓN PUNO "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 04 de Septiembre del 2023


FIRMA (obligatoria)



Huella



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Vania Irene Apaza Bravo identificado con DNI 70847266 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ANTROPOLOGIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" CARACTERIZACIÓN DE MUERTES POR SUICIDIO

A TRAVÉS DE AHORCAMIENTO EN EL

PERIODO 2019-2021 EN LA REGIÓN PUNO "

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regala alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 04 de Setiembre del 2023


FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo DANISSA CARI HUALLA
identificado con DNI 71128531 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ANTROPOLOGIA

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" CARACTERIZACION DE MUERTES POR SUICIDIO
A TRAVES DE AHORCAMIENTO EN EL PERIODO
2019 - 2021 EN LA REGION DE PUNO "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y no existe plagio/copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 04 de Septiembre del 2023

FIRMA (obligatoria)



Huella



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo DANISSA CARI HUALLA
identificado con DNI 71128531 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

ANTROPOLOGIA
informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

" CHARACTERIZACION DE MUERTES POR SUICIDIO
A TRAVES DE AHORCAMIENTO EN EL PERIODO
2019- 2021 EN LA REGIO DE PUNO "

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 04 de Septiembre del 2023


FIRMA (obligatoria)



Huella