

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS PRESENTACIÓN DE CASO

Conducta homicida en el trastorno esquizotípico. Presentación de un caso

Homicidal behavior in schizotypal disorder. A case presentation

Abelardo Román Concepción Serradet^I, Victoria de la Caridad Ribot Reyes^{II},
Noraima Rodríguez Gómez^{III}

^IEspecialista Primer Grado en Medicina General Integral y Especialista Primer Grado en Psiquiatría. Instituto de Medicina Legal. La Habana, Cuba. abelardorc@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado en Medicina General Integral y en Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria y en Bioética. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Aspirante a Investigador. Instituto de Medicina Legal. La Habana, Cuba. victoriaribot@infomed.sld.cu

^{III}Licenciada en Psicología. Instituto de Medicina Legal. La Habana, Cuba. noraimarg@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo:

Concepción Serradet AR, Ribot Reyes Vd, Rodríguez Gómez N. Conducta homicida en el trastorno esquizotípico. Presentación de un caso. Rev haban cienc méd [revista en Internet]. 2018 [consultado];17(1): 73-79. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2048>

Recibido: 31 de mayo de 2017.

Aprobado: 22 de enero de 2018.

RESUMEN

Introducción: El trastorno esquizotípico se manifiesta desde edades tempranas como un patrón general de déficit social e interpersonal, comportamiento excéntrico, capacidad reducida para las relaciones personales y distorsiones cognoscitivas, incomprendibles psicológicamente.

Objetivo: Fundamentar la responsabilidad médico-legal de un caso de trastorno esquizotípico que cometió homicidio.

Presentación de caso: Individuo de 22 años, soltero, sin hijos, técnico medio, sin historia de trastornos mentales que es peritado por

psiquiatría forense debido a que agredió a su abuelo materno con un arma blanca, y causó la muerte. Se le realizó examen psiquiátrico, se aplicó la Escala de Valoración de Impulsividad, se realizó electroencefalograma y valoración psicológica, que incluyó la aplicación de las pruebas proyectivas Bender, Machover y Rorschach. El diagnóstico propuesto por el equipo evaluador fue trastorno esquizotípico, sin enajenación mental.

Conclusiones: El trastorno esquizotípico no es un diagnóstico frecuente en Psiquiatría. Cuando se involucra en conductas delictivas, estas

ocurren en solitario y suelen estar relacionadas con agresiones hacia otras personas. Es determinante de semi-imputabilidad o imputabilidad y no se recomienda su permanencia en régimen penitenciario.

ABSTRACT

Introduction: Schizotypal disorder appears at very early ages as a general pattern of social and interpersonal deficit; eccentric behavior; reduced capacity to maintain personal relations; and cognitive distortions, which are psychologically inexplicable.

Objective: To establish the medico-legal implications in a case of schizotypal personality disorder that committed homicide.

Case presentation: A 22 years old individual, single, without children, technician, without history of mental disorders who is studied by Forensic Psychiatry because he attacked his maternal grandfather with a knife, which caused his death. Psychiatric examination was done; the Impulsiveness Scale was applied; and an electroencephalogram (EEG) and a

Palabras claves: Trastorno esquizotípico, Peritaje Psiquiátrico, Psiquiatría Forense, Violencia, Homicidio, Imputabilidad.

psychological evaluation were carried out, which included Bender, Machover, and Rorschach tests. The evaluating staff made the diagnosis of Schizotypal disorder, without mental derangement.

Conclusions: Schizotypal disorder is not a frequent diagnosis in Psychiatry. When it is involved in criminal behaviors, they occur in isolation and they are usually related to attacks to other persons. It is a determinant condition of semi-imputability or imputability. Prison system is not recommended.

Keywords: schizotypal disorder, Psychiatric Study, Forensic Psychiatry, violence, homicide, imputability.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Esquizotípico (TE) o Trastorno Esquizotípico de la Personalidad, se manifiesta generalmente como un patrón general de déficit social e interpersonal, acompañado de comportamiento excéntrico, una capacidad reducida para las relaciones personales, así como por distorsiones cognoscitivas, incomprensibles psicológicamente.^{1,2}

Se manifiesta desde etapas tempranas de la vida, resulta evidente desde la adolescencia o pre-adolescencia.^{3,4} Se considera genéticamente idéntico a la esquizofrenia,^{5,6} aunque con un

fenotipo más débil.⁷ Los datos sobre prevalencia apuntan a que el TE se observa aproximadamente en 3% de la población general, y parece ser algo más frecuente en hombres. El curso es relativamente estable y es reducido el número de sujetos que desarrolla una esquizofrenia u otro trastorno psicótico.¹

Las personas con Trastorno Esquizotípico de la Personalidad no suelen estar involucrados en actos delictivos. Cometan, en su mayoría, delitos contra las personas, concretamente homicidio y sus formas y delitos de lesiones. En menor

medida delitos contra el patrimonio y de orden socioeconómico. Suelen delinquir en solitario.

Las víctimas pueden ser indistintamente conocidas o desconocidas.⁸

OBJETIVO

Fundamentar la responsabilidad médico-legal de un caso de trastorno esquizotípico que cometió homicidio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Individuo de 22 años, soltero, sin hijos, técnico medio, sin historia de trastornos mentales que es peritado por psiquiatría forense debido a que agredió a su abuelo materno con un arma blanca, y causó la muerte. Durante la entrevista se recoge el antecedente de madre portadora de psicosis crónica y abuelo materno sancionado a privación de libertad por el asesinato de su esposa (abuela materna del evaluado). Como motivo del homicidio señaló que su abuelo lo trataba mal y no quería que viviera con él. Al examen psiquiátrico se constata la presencia de hiperconcentración, aislamiento social, retraimiento, ideas de reivindicación, daño y

referencia estructuradas a nivel deliroide, así como aplanamiento afectivo. Se aplicó la Escala de Valoración de Impulsividad (IRS), en la cual obtuvo 1 punto, para un nivel bajo de impulsividad.

Se realizó electroencefalograma, en el cual se detectaron signos de disfunción global difusa ligeros, lo cual descartó la presencia de disritmia cerebral u otros elementos de organicidad que pudieran favorecer una conducta impulsiva.

Como parte de la evaluación psicológica, se utilizaron las pruebas proyectivas:

- Bender (*Figura 1*): no organicidad, proyecta una conducta de aislamiento y oposicionismo.

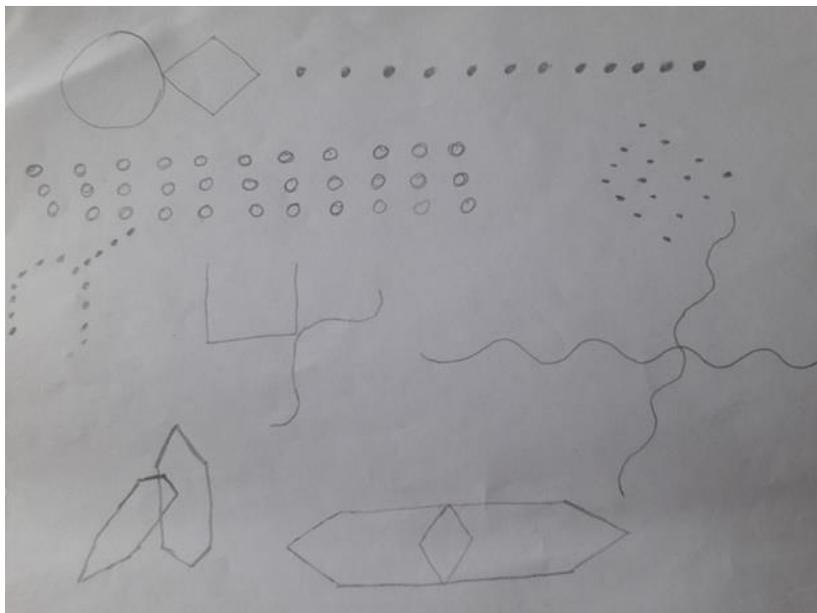


Figura 1. Test de Bender

- Machover (Figuras 2 y 3): marcados rasgos de paranoia, dependencia y agresividad;

dificultades en la coordinación impulso-control.

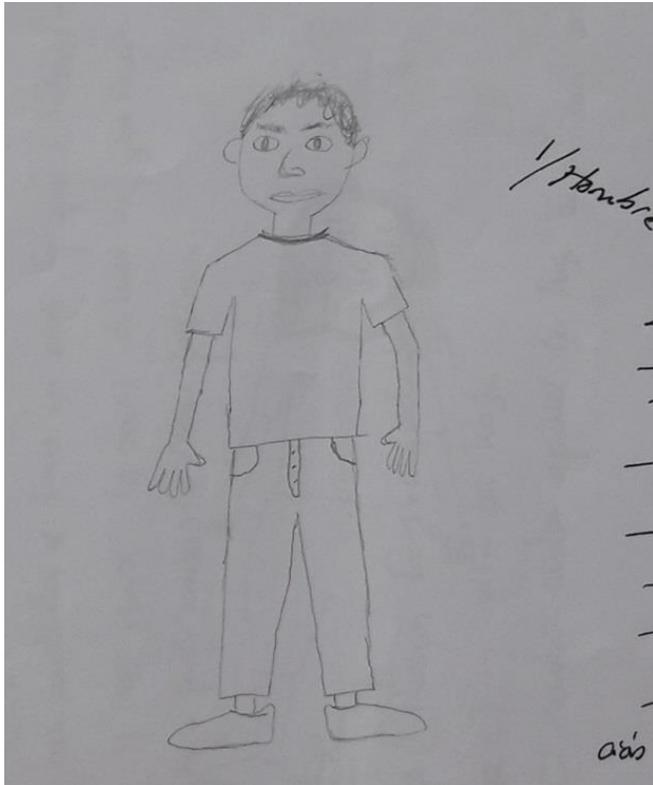


Figura 2. Test de Machover (Figura masculina)



Figura 3. Test de Machover (Figura femenina)

- Rorschach: no estructura psicótica, distorsión de la realidad o negación de la misma, paranoia, dificultades en las relaciones humanas, relación materna

ambivalente.

El diagnóstico propuesto por el equipo evaluador fue trastorno esquizotípico, sin enajenación mental.

DISCUSIÓN

El peritaje psiquiátrico se realiza para esclarecer, a través de un conjunto de pruebas, el estado mental de un sujeto determinado. El resultado de la peritación permite esclarecer si el acusado o procesado es portador de alguna patología psiquiátrica o algún trastorno de la capacidad, para determinar si el individuo es capaz o no de medir el alcance de sus actos o dirigir su conducta. Sobre la base de este análisis, en caso

de ser imputable, determinar su responsabilidad penal o, por el contrario, de constituirse en un sujeto inimputable, los médicos determinarán el tratamiento adecuado según el nivel del trastorno psíquico presentado, para lo que el tribunal figura la medida de seguridad correspondiente.⁹⁻¹¹

En este caso, permitió corroborar los elementos paranoides constatados durante la entrevista y

esclarecer el funcionamiento psicológico del evaluado. Durante el examen psiquiátrico surgieron dudas acerca de una posible psicosis activa debido a la presencia de ideas de daño y referencia; las cuales, si bien no se encontraban totalmente estructuradas, sí estaban profundamente arraigadas. Las relaciones interpersonales eran sumamente pobres (básicamente su madre y su hermana), lo que favoreció la conducta violenta hacia la víctima, cuando el acusado lo percibió como un posible agresor. A pesar de no ser un delito planeado, no se constató la presencia de impulsividad en ninguna de las evaluaciones realizadas. Este elemento resulta llamativo ya que en la literatura se relaciona frecuentemente el pobre control de los impulsos con la conducta violenta no planificada.¹²⁻¹⁵

Es preciso destacar que la madre del acusado presenta una psicosis crónica y mantiene ideas delirantes paranoides, fundamentalmente de daño, perjuicio y referencia, lo cual hizo pensar inicialmente en un diagnóstico de Trastorno de ideas delirantes inducidas; lo cual se descartó tras la segunda entrevista y la evaluación psicológica.

En el trastorno esquizotípico, el aspecto más importante radica en su responsabilidad penal, la que en su estado habitual es, cuando menos, sustancial o notablemente disminuida y, por lo tanto, determinante de semi-imputabilidad en cualquier caso en que se establezca el diagnóstico. Pueden ser inimputables los casos de especial severidad o en aquellos en que el delito se cometió durante los breves episodios psicóticos que suelen presentar, ya se trate de

delitos por omisión o vinculados con el contenido anormal del pensamiento.^{3,16} En este caso, se determinó semi-imputabilidad y se recomendó seguimiento por Psiquiatría durante el proceso, debido al riesgo de brotes psicóticos. Este diagnóstico no es frecuente dentro de la Psiquiatría, y menos aún en Psiquiatría Forense. Al igual que en el evaluado, la tipología delictiva en este trastorno se relaciona con delitos contra las personas son casi siempre graves (lesiones y/o homicidio). Las víctimas pueden ser conocidas o desconocidas, aunque predomina el primer grupo. El hecho se realiza casi siempre en solitario. Se han descrito también conductas raras, extravagantes, poco explicables, robos con finalidad de supervivencia, insultos a la autoridad, abandonos de familia, inserción en grupos esotéricos y semimarginados, o en situaciones de exclusión o marginación social, etcétera.^{1,17}

Pérez González³ señala que la presencia de este tipo de individuos en la población penal puede resultar nociva y conflictiva. De manera que, incluso los parcialmente responsables, pudieran no ser compatibles con el régimen carcelario y requerir permanencia hospitalaria durante el tiempo de la sanción impuesta.

En cuanto al tratamiento, los neurolépticos están indicados solo en caso de que se constaten síntomas psicóticos y se recomiendan los atípicos.^{18,19} El uso de técnicas psicoterapéuticas es relativamente novedoso, dentro del campo de la modificación de conducta, centrándose mayormente la intervención psicológica en la reducción de los síntomas más molestos.^{20,21}

CONCLUSIONES

El trastorno esquizotípico no es un diagnóstico frecuente en Psiquiatría Forense. En este evaluado resultó crucial la evaluación psicológica como complemento del examen psiquiátrico ya que inicialmente se sospechó un Trastorno de ideas delirantes persistentes u otro tipo de psicosis. La conducta homicida no es parte del comportamiento habitual de este tipo de personas (en este caso influyó la relación

estrecha con una madre portadora de una psicosis crónica y el hecho de percibir a la víctima como un posible agresor); aunque, cuando se presenta, cumple con las características de agresión en solitario. El diagnóstico fue determinante de semi-imputabilidad y se recomendó seguimiento por Psiquiatría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Guerreño L. Trastornos de la personalidad: influencia sobre la conducta delictiva y repercusiones forenses en la jurisdicción penal. [tesis doctoral] Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid. [Internet]. 2011 [citado 11 Feb 2017]; p. 235. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/14431/1/T33360.pdf>
2. Justo Cutrim R, Forte Stuchi L, Martins Valença A. ¿Trastorno esquizotípico o esquizofrenia? Evaluación de la responsabilidad penal en un caso de parricidio. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2013 Jul-Sep [citado 11 de febrero de 2017]; 42(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502013000300008
3. Pérez González E. Manual de Psiquiatría Forense. La Habana: Ediciones ONBC; 2005, p. 248.
4. Vu MA, Thermenos HW, Terry D, Wolfe DJ, Voglmaier MM, Niznikiewicz MA, et. al. Working memory in schizotypal personality disorder: fMRI activation and deactivation differences. Schizophr. Res [Internet]. 2013 [citado 11 de febrero de 2017]; 151:113-123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2013.09.013>
5. Zhu Y, Tang Y, Zhang T, Li H, Tang Y, Li C, et. al. Reduced functional connectivity between bilateral precuneus and contralateral parahippocampus in schizotypal personality disorder. BMC Psychiatry [Internet]. 2017 feb [citado 9 de marzo de 2017]; 17(1):48. Disponible en: <http://10.1186/s12888-016-1146-5>.
6. Zhang Q, Shen J, Wu J, Yu X, Lou W, Fan H, et. al. Altered default mode network functional connectivity in schizotypal personality disorder. Schizophrenia Research [Internet]. 2014 [citado 11 de febrero de 2017]; 160(1): 51-6. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0920996414005659>
7. Senín Calderón MC, Rodríguez Testal JF. Abordaje Terapéutico sobre el pensamiento referencial en un caso de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Anuario de Psicología Clínica y de la Salud [Internet]. 2011 [citado 11 de febrero de 2017]; 7: 60-79. Disponible en: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_7_esp_69-79.pdf
8. Quejido Domínguez J. Trastornos de la personalidad y tipología delictiva (I). Unidad de Psicología Forense, Instituto Centta. [Internet]. 2017 [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.centta.es/sin-categoria/trastornos-de-la-personalidad-y-tipologia-delictiva-i>
9. Jiménez Ramírez IL, Rodríguez Cárdenas O, Elizondo Hernández Y, Armas Agudo E. Peritación médico-legal de un homicida. Presentación de un caso. Rev. Med. Electrón [Internet]. 2012 nov-dic [citado 11 de febrero de 2017]; 34(6). Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S1684-18242012000600007&lng=es&nrm=iso

10. González Pérez J, Basanta Montesinos AM, Montalvo Vidal E, Lleó Jiménez G, Suárez Mella R, Pérez González E. Temas de medicina legal para estudiantes de derecho. La Habana: Editorial Félix Varela; 2004.

11. Pérez González E. Psiquiatría Forense. En: Memorias de la XX Jornada de Medicina Legal. [CD-ROM] La Habana: Instituto de Medicina Legal; 2017.

12. Wong N, Lee T. Genetic and neural relationships underpinning impulsivity. *International Journal of Psychological Research*. 2013 oct; 6 (1): 80-93.

13. Alcázar-Córcoles MA, Verdejo-García A, Bouso-Saiz JC, Bezos-Saldaña L. Neuropsicología de la agresión impulsiva. *Rev Neurol*. 2010; 50: 291-9.

14. Siever LJ. Neurobiología de la agresividad y la violencia. *Am J Psychiatry (Ed Esp)*. 2008; 11:399-411.

15. Pérez Milán JF. Aspectos psicosociales y biológicos de la conducta violenta. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana [internet]*. 2007 [citado 4 de junio 2017]; (2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0207/hph020607.html>

16. Núñez de Arco J. El Informe Pericial en Psiquiatría

Forense. Sucre: Edit. Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca; 2007, p.164-89.

17. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2010; 38:249-61.

18. Farooq S, Völlm BA, Husain N, Huband N, Stoffers JM, Gibbon S, et. al. Pharmacological interventions for schizotypal personality disorder (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2014 [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009047.pub2>

19. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Curr. Psychiatry Rep [Internet]*. 2014 [citado 11 de febrero 2017]; 16: 452-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0452-1>

20. Olivencia JJ, Cangas Díaz AJ. Tratamiento psicológico del trastorno esquizotípico de la personalidad. Un estudio de caso. *Psicothema [Internet]*. 2005 [citado 11 de febrero de 2017]; 17(3): 412-417. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72717308>

21. Wilson K, Luciano MC. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Edit. Pirámide; 2002.