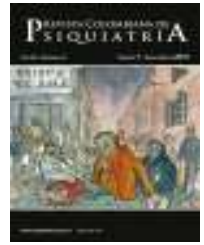




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Reporte de caso

Fratricidio y esquizofrenia

Juliana Rezende Leal^a y Alexandre Martins Valença^{b,*}

^a Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal de Rio de Janeiro, Brasil

^b Departamento de Psiquiatria y Salud Mental, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro; Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal de Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ), Brasil

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de abril de 2015

Aceptado el 1 de septiembre de 2015

On-line el 9 de octubre de 2015

Palabras clave:

Fratricidio

Violencia

Trastorno mental

Esquizofrenia paranoide

Responsabilidad penal

R E S U M E N

Introducción: Cuando un hermano asesina a otro, hablamos de fratricidio, o sea, una forma de homicidio raramente vista en la práctica psiquiátrica. Dado que aún es un tema poco estudiado, la literatura científica no lo ha comprendido bien.

Objetivo: Relatar el caso de un individuo con esquizofrenia paranoide que, habiendo asesinado a su hermano, fue evaluado en peritaje criminalístico para determinar su responsabilidad penal.

Métodos: Se realizó una entrevista psiquiátrica, y el diagnóstico psiquiátrico se estableció con base en la entrevista y la observación de los registros periciales y hospitalarios, con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. También se realizó una revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados: Se consideró inimputable al paciente examinado en virtud de que padecía una enfermedad mental que afectaba por entero a su capacidad de comprensión y determinación con respecto al delito cometido.

Conclusiones: El estudio de casos como este puede ilustrar e identificar factores motivadores relacionados con el comportamiento homicida de sujetos con trastornos mentales graves.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fratricide and Schizophrenia

A B S T R A C T

Background: Fratricide is the killing of one's own bother. It's a type of homicide rarely seen on psychiatric practice. This is still a theme which is poorly studied, and not well understood by the scientific literature.

Objective: To report a case of a men, with paranoid schizophrenia that murdered his own bother and had a psychiatric forensic evaluation to establish his penal responsibility.

Keywords:

Fratricide

Violence

Mental disorder

Paranoid schizophrenia

Criminal responsibility

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: avalen@uol.com.br (A. Martins Valença).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.09.002>

Methods: A psychiatric interview was carried out and the psychiatric diagnosis was established based on the interview and analysis of forensic and medical records, using the DSM-IV-TR criteria. Literature review was held about the theme.

Results: The examinee was considered not guilty by reason of insanity, due to the presence of a mental disorder that affected her entire understanding and volition of the practiced act.

Conclusions: The study of such cases may illustrate and identify motivating factors related to homicidal behavior in individuals with severe mental disorders.

© 2015 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se define como fratricidio el acto por el cual un hermano asesina a otro. Se trata de una forma de homicidio raramente vista en la práctica psiquiátrica¹. Al investigar el tema, se observa que hay poco material de investigación, por lo que resulta un asunto poco comprendido en la literatura científica¹. De ello se deduce que la identificación de factores comunes a los homicidios cometidos entre hermanos puede auxiliar al aprendizaje más profundo del tema.

Un estudio¹ sobre el fratricidio realizado en Quebec, Canadá (1994-2003), verificó que en la mayoría de los crímenes la víctima conocía a su agresor. Se encontró que el 37,4% de todos los homicidios resueltos fueron perpetrados por un miembro de la familia. De la muestra, el 2% de los homicidios fueron fratricidios, totalizando 10 casos. La media de edad de estos fratricidas era 32,5 años. En cuanto al sexo, 9 de los 10 agresores eran varones. En 6 casos del total de los delitos, se constató que el agresor había hecho uso de derivados del alcohol. Además, la mayoría de los delitos se produjeron en el domicilio. En 7 de ellos se utilizó arma blanca y en 3, hubo múltiples víctimas. En cuanto a las víctimas, se observó que 7 eran varones. Se realizó evaluación psiquiátrica a 8 de los 10 agresores: 2 fueron diagnosticados de esquizofrenia u otras psicosis; 1, de trastorno depresivo y en los otros 4 había correlación con intoxicación aguda por sustancias.

Otros homicidios perpetrados por miembros de la familia son de sumo interés científico. El matricidio —es decir, el homicidio de la madre cometido por hijo o hija— alcanza tasas de incidencia que oscilan entre el 1 y el 4% de todos los homicidios². El filicidio se conceptualiza como la muerte de un niño causada por uno de los padres biológicos o adoptivos. Además existen términos más específicos para describir este tipo de crímenes: neonaticidio es el asesinato de un bebé en las primeras 24 h de vida, y el infanticidio se refiere a la muerte de un menor de 12 meses^{3,4}.

Caso clínico

Varón caucásico de 49 años, brasileño natural del estado de Río de Janeiro, soltero y con educación primaria incompleta, durante 2013 fue sometido a evaluación psiquiátrica pericial realizada en el hospital forense de Río de Janeiro, Brasil. Según la denuncia, el paciente había asestado a su hermano golpes con instrumento perforo-cortante, lo que le ocasionó la

muerte. El delito ocurrió en 2012 en el interior de un establecimiento comercial, y en dicha ocasión la víctima había ingerido bebida alcohólica. Sin embargo, no hubo relato del uso de alcohol o sustancia psicoactiva por el agresor.

El paciente indicó que había tenido de manera irregular tratamiento psiquiátrico previo en un centro de atención psicosocial y que había iniciado el acompañamiento aproximadamente en 1990, cuando contaba 27 años. En su relato indicó que no había estado en tratamiento durante los meses que habían antecedido al delito. Indicó tres internaciones psiquiátricas anteriores. El día de los hechos el paciente estaba en un bar en compañía de su hermano; en las páginas del proceso no hay referencia específica a la cantidad de alcohol ingerida en la ocasión.

Durante el examen pericial, el paciente respondió a las preguntas de manera inconexa, afirmando ser Jehová, el único Dios, y que había matado al demonio. Afirmó que había cometido el delito, según su propia definición, en defensa propia, ya que la víctima quería matarlo: «él era el demonio, me iba a matar, él quería ser yo a toda costa». Afirmó además que poseía un «poder», el cual «conversaba» con él y que, además de esto, ese «poder» era capaz de ver todas las cosas, incluso las que estaban fuera de su campo de visión. Señaló también que por medio de este poder conseguía visualizar sus órganos vitales, e incluso hizo una descripción de estos durante el examen. Durante la descripción afirmó, por ejemplo, que su corazón era de oro, cubierto de piedras preciosas. El mencionado «poder» incluso le proporcionaba la cura de todas las enfermedades, y el paciente señalaba: «solamente tomo remedio psiquiátrico; si yo estoy con un problema, el poder va curándolo». Confirmó haber ingerido bebida alcohólica en la ocasión del delito, pero sin especificar la cantidad ingerida. Negó haber usado sustancias psicoactivas. Finalmente informó que los hechos habían ocurrido por causa de las actitudes de la víctima y que ella no había fallecido en aquella ocasión.

Según la evaluación pericial, el paciente examinado presentaba un discurso fragmentado, doble orientación autopsíquica, aflojamiento de los vínculos asociativos, pensamiento delirante de contenido místico/grandioso, alucinaciones auditivas y cinestésicas, además de alteración de identidad/actividad del yo, sin conciencia de morbilidad. El diagnóstico psiquiátrico final se estableció con base en la entrevista pericial y la observación de los registros de las páginas del proceso; también se utilizaron los criterios diagnósticos de esquizofrenia del tipo paranoide de la CIE-10.

Discusión

La evaluación de la responsabilidad penal en Brasil se basa en la parte principal del artículo 26 del Código de Proceso Penal de 1984, y la evaluación pericial de la imputabilidad se realiza a través de un criterio biopsicológico⁵. De este modo, la responsabilidad solo se excluye si el agente, en razón de enfermedad mental o desarrollo mental retardado, en el momento de la acción era totalmente incapaz de comprender el carácter ilícito del hecho y/o de determinarse de acuerdo con esa comprensión⁵. Además de la evaluación de entendimiento y determinación, es necesario que haya un nexo de causalidad entre el estado mental anómalo y el crimen practicado. En este caso particular, resulta claro que se encuentran comprometidos el juicio de la realidad, las alteraciones del pensamiento, la conciencia del yo y la percepción sensorial. Además de esto, ya se conoce que tales señales clínicas pueden precipitar actos agresivos^{6,7}.

El subtipo de esquizofrenia más común en peritajes criminalísticos es el paranoide⁸. En general lo que motiva a tales pacientes es la sensación de que están siendo sistemáticamente perseguidos y por ello tienen la convicción de que están actuando en «legítima defensa»^{9,10}. En cuanto a la dinámica de tales actos violentos, suelen ocurrir principalmente durante la fase inicial de la enfermedad, normalmente en el ambiente familiar, además de estar dirigidos comúnmente a familiares o personas próximas⁵. El paciente examinado se sentía perseguido por el hermano, creía que era el demonio y que tenía poderes sobre el paciente, lo que ilustra bien este aspecto.

En el caso señalado, el delito ocurrió en un lugar público y después de años de haber surgido el trastorno mental. Estos datos difieren de las características consideradas más comunes en la literatura⁵. Sin embargo, la víctima era el hermano del paciente examinado, hecho que está en pleno acuerdo con los resultados encontrados¹¹. Otra característica importante es que, al contrario del criminal sin trastorno mental, el criminal esquizofrénico suele permanecer en el lugar del crimen, sin preocuparse por disimular, además de que no teme relatar los hechos, ya que no consigue establecer la gravedad que tienen, e incluso a veces llega a creer que se debe reverenciarlo^{5,9}. En el caso del paciente examinado, esta información no está especificada en las páginas del proceso, aunque existen reportes de que el sujeto fue preso poco tiempo después de haber cometido el delito.

Otro importante factor de riesgo de comportamiento violento es el uso de alcohol y sustancias psicoactivas cuando están asociados a la esquizofrenia^{12,13}. Algunos estudios han indicado índices de violencia constantemente mayores en presencia de esta asociación¹⁴⁻¹⁶. Otros estudios relatan comorbilidad frecuente de uso de sustancias y esquizofrenia, con prevalencia estimada de un 40-50%, comparada con el 16% de la población general¹⁷. En el caso del paciente examinado, había estado en un bar el día del delito y confirmó el uso de derivados etílicos ese día. El caso relatado se consideró inimputable, y se debió aplicar una medida de seguridad en forma de internación en un servicio forense.

Tanto la identificación de factores motivadores relacionados con el comportamiento homicida como el tratamiento

psiquiátrico adecuado de estos casos contribuyen a la prevención de ese tipo de comportamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bourget D, Gagne P. Fratricide: a forensic psychiatric perspective. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2006;34:529-33.
2. Valença AM, Mezzasalma MA, Nascimento I, Nardi AE. Matricídio e transtorno bipolar: relato de caso. *Rev Psiq Clín.* 2009;36:163-7.
3. Mendlowicz MV, Rapaport MH, Mecler K, Golshan S, Moraes TM. A case-control study on the socio-demographic characteristics of 53 neonaticidal mothers. *Int J Law Psychiatry.* 1998;21:209-19.
4. Valença AM, Mendlowicz MV, Nascimento I, Filicide Nardi AE. attempted filicide, and psychotic disorders. *Forensic Sci.* 2011;56:551-4.
5. Valença AM, Nascimento I, Mecler K, Freire R, Mezzasalma MA, Leão V, et al. Comportamento violento, gênero e psicopatologia. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2010;13:238-52.
6. Bragado-Jimenez MD, Taylor PJ. Empathy, schizophrenia and violence: A systematic review. *Schizophr Res.* 2012;141:83-90.
7. Bo S, Abu-A.Kel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev.* 2011;31:711-26.
8. Schanda H, Knecht G, Schreiner D, Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer T. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110:98-107.
9. Palomba GA. Tratado de psiquiatria forense, civil e penal. São Paulo: Atheneu; 2003.
10. Tabora JGV, Chalub M, Abdala-Filho E. Psiquiatria forense. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Valença AM. Aspectos psicopatológicos e forenses de mulheres homicidas com diagnóstico de transtornos psicóticos primários — estudo de série de casos. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57:253-60.
12. Donat DC, Geczy B, Helmrich J, LeMay M. Empirically derived personality subtypes in public psychiatric patients: Effects on self-reported symptoms, coping inclinations and evaluations

- of expressed emotion in care givers. *J Pers Assess.* 1992;58:36-50.
13. Newton-Howes G, Tyrer P, North B, Yang M. The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: Systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychol Med.* 2008;38:1075-82.
 14. Haddock G, Eisner E, Davies G, Coupe N, Barrowclough C. Psychotic symptoms, self-harm and violence in individuals with schizophrenia and substance misuse problems. *Schizophr Res.* 2013;151:215-20.
 15. Psychosis with coexisting substance misuse. Clinical Guideline 120. London: NICE; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG120>.
 16. Kerfoot KE, Rosenheck RA, Petrakis IL, Schwartz MS, Keefe RSE, McEvoy JP, et al. Substance use and schizophrenia: adverse correlates in the CATIE study sample. *Schizophr Res.* 2011;132:177-82.
 17. Witt K, Dorn RV, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *Plos One.* 2013;8:e55942.