

El individuo en el contexto biopsicosocial y la comisión del delito. Reporte de un caso

The individual in the biopsychosocial context and the commission of the crime. Case report

Andrey Sindeev^{1, a, b}

¹ Instituto Nacional Penitenciario-INPE (Lima, Perú)

^a Médico-psiquiatra

^b Magister en Docencia Universitaria e Investigación Pedagógica

Correspondencia:

Andrey Sindeev

Teléfono: 51-99419-1955. e-mail: asindeev@samgmu.org

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés.

RESUMEN

El desarrollo cognitivo, afectivo y conativo-volitivo de personalidad se realiza en base de los factores biogenéticos durante el proceso de socialización de cada individuo donde el núcleo familiar y el contexto microsocioal adquieren una importancia vital desde la etapa de gestación y primera infancia. El objetivo del presente análisis de caso es, a partir de la descripción de una experiencia clínica, llamar a la reflexión sobre el fenómeno de violencia, su desarrollo en el contexto biopsicosocial y relación con la salud mental comprendida en forma integral como el bienestar individual y social sin reducirla a mera ausencia de enfermedades psiquiátricas. Concluimos que el reforzamiento de la familia como célula social, un sistema educativo integrando la instrucción académica con el desarrollo moral y la atención en salud mental universal, accesible y equitativa con el enfoque comunitario, participativo, educativo y preventivo-promocional permitirá desarrollar los mecanismos adecuados de autocontrol de las conductas violentas.

Palabras clave: violencia, delito, salud mental, enfermedades psiquiátricas.

ABSTRACT

Cognitive, affective and conative-volitional personality development is done on the basis of biogenetic factors during the socialization process where each individual household and the micro context acquire a vital importance from the stage of gestation and infancy. The objective of this case study is from the description of a clinical experience, call for reflection on the phenomenon of violence, its development in the biopsychosocial context and relationship to mental health comprehensively understood as individual well-being and social without reducing it to mere absence of psychiatric illness. Conclusions: Strengthening the family as a social unit, an educational system that integrates academic instruction with moral development and care universal, affordable and equitable mental health community, participatory, educational and preventive and promotional approach will develop appropriate mechanisms self-violent behavior.

Keywords: violence, crime, mental health, psychiatric disorders.

“No voy a detenerme a repetir lo que es tan bien sabido por todos nosotros: no existe, en la actualidad, una asistencia psiquiátrica eficiente. A pesar de los esfuerzos de todos, a pesar del clamor constante de todos, la realidad nos tira a la cara nuestro fracaso y nuestra angustia” C.A. Seguín, 1959(1).

Introducción

La violencia es una conducta específicamente humana, siendo el hombre, tal vez, la única especie que depreda a sus congéneres(2). El ser humano puso sus capacidades tecnológicas al servicio de las fuerzas destructivas que amenazan a la propia existencia de la civilización. La historia de la humanidad está repleta de guerras, genocidios, asesinatos, torturas, violaciones y agresiones de todo tipo. La segunda mitad del siglo XX ha marcado el inicio de la postmodernidad entendida como el fracaso de la fe y esperanza en el progreso humano y el bienestar próximo de los pueblos vía ciencia, tecnología, esfuerzo compartido y moral universal; desplome de las doctrinas políticas y religiosos, causando una fuerte crisis de valores, creencias y aspiraciones; derrubio del propio concepto de la familia como el principal ambiente formador y la pérdida de la autoridad de las instituciones educativas creando un egocentrismo radical, hedonismo y consumismo desenfrenados, inmadurez masiva de la población en general, creciente “gracias” a los esfuerzos indesmayables de los medios de comunicación. En este escenario cada vez se presenta más difícil asegurar para cada uno de los individuos y para la sociedad en general la conservación de la salud mental en términos propuestos por la OMS(3).

El trabajo cotidiano en los principales recintos penitenciarios de Lima nos permitió a conocer la diversa psico- y sociopatología en las personas privadas de libertad. Algunos de estos casos han sido de importante impacto mediático y todavía no pueden ser revelados por cuestiones éticas y legales. Los otros pasaron desapercibidos para el público en general, sin embargo, sus motivos se escoden en las profundidades de la compleja personalidad humana entendida como un sistema individual vivo resultante de la interacción biopsicosocial, estructurado a partir de la información genética de sus células y reestructurado por toda la información social que ha llegado a constituirse en su conciencia, en el curso de su infancia, niñez y adolescencia(4).

Durante los meses de enero-octubre del 2017 se realizó un estudio de caso clínico en base de las entrevistas psiquiátricas, datos de la historia clínica, histo-

ria vital, documentos legales, datos de informadores externos y evaluación psicológica (SCL-90-R, EPQ-R, MCMI-II, Inventario de Ellis, Entrevista conductual estructurada) de un paciente ambulatorio del servicio de psiquiatría del establecimiento penitenciario Lurigancho localizado en la ciudad de Lima, Perú.

Reporte de Caso

Paciente, varón de 42 años de edad, de contextura delgada, talla mediana, mestizo, soltero, sin hijos, natural de Lima, contador de nivel técnico superior, se desempeñaba en ventas, sin antecedentes penales ni policiales previos. Condenado a 30 años de pena privativa de la libertad por los delitos: “violación sexual de persona en incapacidad de resistir, homicidio con “gran crueldad” calificado y encubrimiento real”, encontrándose recluso desde el 2006.

No registra antecedentes de enfermedades somáticas importantes, ni consumo de drogas. Consumo de alcohol refiere muy esporádicamente. Hermana con síndrome de Down. Madre era sumisa, tímida, deprimida, impulsiva, padre era autoritario, perfeccionista, poco afectivo, explosivo con violencia física y psicológica contra su esposa e hijo. “A los 20 años cuando falleció mi padre, me sentí aliviado, aunque no alegrado, sentí satisfacción de no tener una autoridad y agresor”. Embarazo de la madre con amenazas de aborto. En la niñez y adolescencia era temeroso, se aislaba, quería escapar de la casa, posteriormente tenía una conducta incendiaria, dificultades en la integración social, pensamiento dominado por fantasías sexuales y extrañas como vivir en un cementerio, dormir en un ataúd, etc.; seguía y vigilaba a las mujeres que le gustaban, averiguando todo sobre ellas, sin el accionar posterior. Se describe como inteligente, “autodidacta”, perfeccionista, tímido, introvertido, con alta autoestima, impulsivo, vengativo; no tenía ni buscaba la estabilidad ni crecimiento laboral. “Siempre me consideraba raro, diferente, ni superior ni inferior, otro género, otra raza”. Progresivamente se añadieron la “adicción a pornografías”, fantasías con el contenido fetichista, necrófilo, pedófilo, zoófilo, homosexual, extravagante como “deseos de tener el sexo con siameses”, etc. Inicio de relaciones sexuales a los 27 años. El inicio de la enfermedad considera desde los 4 años de edad con aparición de ataques de pánico y miedos con síntomas vegetativos intensos a las personas y ambientes desconocidos, “hasta tartamudeaba”, se les quejaba a sus padres, pero ellos “me ridiculizaban frente a los demás, se burlaban de mí y me castigaban”. Desde los 8 años tenía fantasías homicidas con una intensa y resistente ira hacia sus padres y otras

personas “por maltrato físico y psicológico”, esporádicamente con autoagresión: “me rasgaba el cuerpo con cólera, provocaba heridas sangrantes y rompía mi ropa”. Se “desahogaba” fantaseando con cortar, abrir el vientre, quemar vivo, cortar la cabeza, atravesar con una espada, envenenar a sus agresores, sin pasar nunca al acto porque “no tenía un momento adecuado, pensaba que en algún momento lo haré bien, sin dejar huellas”. “Tenía una tiendita, venía un adolescente malcriado de 16 años, yo tenía ganas de meterlo adentro y golpear su cabeza contra la pared hasta matar, después descuartizarlo, quemarlo y enterrar en el patio de mi casa”. “A los 18 años tenía una lista con más de 1260 personas para vengarse”.

Desde los 13 años se asocian progresivamente los síntomas de tristeza, desgano, anhedonia; diversas obsesiones, principalmente rumiaciones con el contenido filosófico y sexual, dudas, conductas compulsivas secundarias; autorreferencialidad, suspicacia, desconfianza, ideas esporádicas de daño y persecución, alteraciones del proceso asociativo, despersonalización y desrealización. Ataques de pánico se han vuelto más frecuentes, cada 15 días, incluso no participaba en las actividades extracurriculares por el temor de alejarse de Lima, de sus padres y a sufrir un ataque de pánico. A pesar de ello presentaba un buen rendimiento escolar, “estaba primero en el aula”, por temor a castigo y humillaciones por parte de su padre.

En el 2002 fue atendido en el Hospital Víctor Larco Herrera (Lima) recibiendo el diagnóstico de “trastorno obsesivo-compulsivo” y tratamiento ambulatorio sin el seguimiento adecuado, con parcial respuesta terapéutica y abandono posterior.

En el 2006 luego de una fiesta a donde acudió con sus colegas de trabajo, aprovechó el estado de fuerte ebriedad de una compañera suya para llevarla a su domicilio donde la violó sexualmente en dos oportunidades y al día siguiente al despertarse la agraviada le increpó lo sucedido siendo cogida del cuello y golpeada en el rostro para luego ultrajarla sexualmente nuevamente. Al querer escapar la agraviada golpea al paciente provocándole sangrado, él se enfureció, la apuñaló en la cabeza, golpeó con una barra metálica en todo el cuerpo y asfixió ocasionando su muerte. Luego procedió a seccionar el cadáver, separando miembros inferiores, superiores, tronco y cabeza y guardándolos en su baño. El paciente motiva su accionar como “curiosidad”: “quisiera saber cómo está hecho el cuerpo humano, siempre quise ser estudiante de medicina, seccionar cadáveres, pero mi padre me impuso seguir la otra carrera”.

El día siguiente paciente fue a su centro laboral con toda la normalidad negando en todo momento el co-

nocimiento sobre la ubicación de la agraviada, para luego indicar que tenía conocimiento que ella había sido violada por otro sujeto. El cadáver seccionado fue hallado en su domicilio dos días después del ocurrir la muerte.

Luego de haber sido capturado presentó diferentes versiones contradictorias y poco estructuradas de lo sucedido negando su responsabilidad, hasta luego confesar el asesinato explicándolo por su defensa propia, debido a que la agraviada misma quiso ir a su domicilio y tener las relaciones sexuales para luego chantajearlo y agredir física y verbalmente, lo que provocó en el “shock nervioso” aumentado por la ingesta de alcohol con sus pastillas. La misma versión mantiene hasta la actualidad. Asimismo, siempre trataba de defenderse minimizando sus fallas con el hecho de “ser paciente psiquiátrico”.

La evaluación psiquiátrica forense del 2006: “personalidad obsesiva, inteligencia clínicamente normal”.

La evaluación psicológica forense del 2006: “personalidad con rasgos agresivos sádicos con predominio de pensamientos obsesivos, actitud distante, frío afectivamente, no se conmueve ante los hechos narrados orientándose a minimizar sus fallas, teniendo una conducta tendiente al perfeccionismo para lo cual para lograr su objetivo no tomó en cuenta su entorno consiguéndola a toda costa”.

En el servicio de psiquiatría del penal recibe atención ambulatoria desde en el 2007, hospitalizado en 3 ocasiones. Tratamiento con antidepresivos, neurolepticos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo con una evolución favorable. Suele presentar falta de adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos por diferentes razones, entre ellas dificultades económicas, ocurrencia de efectos adversos, cansancio y desilusión por la no obtención de los resultados esperados y por atribuirles a los medicamentos síntomas propios de su trastorno.

A pesar de la actitud muy colaboradora y respetuosa del paciente se observan la frialdad emocional y actitud calculadora hacia todas las personas, egocentrismo, tendencia al locus de control externo, ausencia de culpa y de arrepentimiento, la victimización y manipulación ofreciendo las racionalizaciones verosímiles del delito en búsqueda de una eventual inimputabilidad.

En base de entrevistas psiquiátricas, datos de la historia clínica, historia vital, documentos legales, datos de informadores externos y evaluación psicológica (SCL-90-R, EPQ-R, MCMI-II, Inventario de Ellis, Entrevista conductual estructurada) se formulan los siguientes diagnósticos: Trastorno esquizotípico (F21), Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de pensamientos obsesivos (F42.0), Distimia (F34.1).

Discusión

Los medios de comunicación documentan a diario la violencia en sus diversas formas empezando a percibirse esta como si fuera un patrón de conducta humana habitual que forma parte de la vida cotidiana. No cabe duda la multicausalidad de la conducta violenta, cuyos factores se agrupan en biológicos, filogenéticos, ontogenéticos, constitucionales, metabólicos, bioquímicos, neuroanatómicos, neurofisiológicos, psicológicos, ambientales, familiares y socioculturales(2,5). El sistema nervioso central con los circuitos neuronales y vías neuroquímicas del encéfalo es el elemento básico para la génesis de agresividad y conducta violenta, cuya manifestación puede ser regulada por la neocorteza con una gran influencia de los mecanismos de aprendizaje(6). La violencia es un fenómeno vivo que no nace por azar, sino se crea por los seres humanos y se desarrolla solo en las circunstancias o los ambientes favorables. El acto violento requiere de la intencionalidad, motivación, convención, iniciándose así, como toda la conducta humana, en el pensamiento(2). Los estudios epidemiológicos revelan que en promedio la cuarta parte de la población peruana se ha visto involucrada en conductas violentas incluyendo el abuso físico a menores y hasta un 4.6% tenían el pensamiento homicida en algún momento de su vida. Hasta el 60% de mujeres sufrieron alguna vez maltrato por parte de su pareja, siendo el 40% la violencia física. La mayoría de las víctimas de agresiones no busca ayuda y está sometida a múltiples actos de violencia durante largos periodos(7,8).

Tradicionalmente la opinión pública relaciona el mayor potencial agresivo con los pacientes psiquiátricos aunque solo un pequeño porcentaje de la violencia social puede ser atribuida a este grupo(9,10). Sin embargo, Sánchez Bursón(11) revela que un gran número de enfermos mentales crónicos terminan en prisión si no se les proporciona la asistencia adecuada. La escasa accesibilidad a los servicios de salud mental, falta de registro, control y seguimiento de estos pacientes es otro problema que puede repercutir en violencia. Siendo los trastornos neuropsiquiátricos la primer causa de carga de enfermedad en el Perú(12) en diferentes regiones del país cerca de 80% de la población con la necesidad de atención en salud mental no la recibió(7) y solo el 32.8% de trastornos severos recibieron algún tipo de tratamiento(13).

Los agentes sociales estresantes en la niñez disminuyen los umbrales biológicos de la violencia, entre otros el nivel de serotonina en el cerebro(14). Cuando la persona proviene de un hogar disintegrado,

con violencia, patologías psiquiátricas, adicciones, cuidado prenatal deficiente, patrones desordenados de comunicación familiar, pobres existencias escolares, no fue deseado por los padres o no recibió el afecto en su infancia, no ha tenido de donde aprender los sentimientos de empatía con los demás. Así, podemos explicar una parte de la agresión como repertorio legítimo de conducta de un agente primario de socialización como en caso del padre golpeador. Desde esta óptica, la atención en salud mental no sólo tiene que enfocarse a la población con enfermedades psiquiátricas, sino fundamentalmente, a la denominada población sana. Hasta un 90% de los problemas de salud mental puede llegar a nivel de atención primaria si el mismo está accesible a los ciudadanos(15).

Referencias bibliográficas

1. Aguilar-Rivera W, Rodríguez-Yauri E, Delgado-Arroyo R, Córdova-Palacios J, Rivera-Chávez E. Evaluación de la escala de salud personal en estudiantes de una universidad particular de Lima, Perú. *Revista Peruana de Psiquiatría*. 2012;3(1):7-11.
2. Perales A. Introducción al tema: la violencia como fenómeno social vivo. En: Libro de Ponencias: Curso Internacional sobre Violencia y su Impacto en la Salud. Lima: Academia Nacional de Medicina; 2010. p.19-35.
3. World Health Organization [Internet]. Mental health: strengthening our response. Fact Sheet Nº220; 2010 [Citado el 10 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/print.html>
4. Aguilar W. Neurociencias y psiquiatría: la historia clínica integrada. 1a ed. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 2014.
5. Peña S. Perspectivas psicoanalíticas de la violencia. En: Libro de Ponencias: Curso Internacional sobre Violencia y su Impacto en la Salud. Lima: Academia Nacional de Medicina; 2010. p.202-16.
6. Escobar A, Gómez B. Violencia y cerebro. *Rev Mex Neuroci*. 2006;7(2):156-63.
7. Instituto Nacional de Salud Mental [Internet]. Lima, Perú: Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2002–2010 [Citado el 10 de agosto de 2014] Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
8. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015. Lima: MIMDES; 2009.
9. Teixeira E, Pereira M, Rigacci R, Dalgalarro P. Esquizofrenia, psicopatología e crime violento: uma revisão das evidências empíricas. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(2): 127-33.
10. Esbec E, Echeburúa E. Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(5):249-61.
11. Sánchez J. Los pacientes mentales en prisión. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2001;XXI(78):139-53.
12. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):222-31.
13. Piazza M, Fiestas F. Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(1):30-8.
14. Gil-Verona J, Pastor J, De Paz F, Barbosa M, Macías J, Maniega M, et al. Psicobiología de las conductas agresivas. *Anales de psicología*. 2002;18(2): 293-303.
15. Bojorquez E, Chacon O, Rivera G, Donadio G, Stucchi S, Sihuas C, et al. Colegio Médico del Perú: propuesta de reforma de la salud mental en el Perú. *Acta Méd Per*. 2012;29(1):43-55.