

PARRICIDIO Y DELIRIO MÍSTICO RELIGIOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

PARRICIDE AND MYSTICAL RELIGIOUS DELIRIUM. ABOUT A CASE

Vecino Madruga L.¹

Rodríguez Cárdenas O.¹

Estupiñán Rodríguez N.²

Rodríguez Hernández E.³

¹Médico Especialista de 1er grado en Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico Provincial Antonio Guiteras Holmes.

²Médico Especialista de 1er grado en Medicina Legal. Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez Hernández.

³Médico Especialista de 1er grado en Pediatría. Hospital Militar Mario Muñoz Monroy.

Matanzas.

Cuba.

Correspondencia: norgee.mtz@infomed.sld.cu

Resumen: El parricidio siempre ha sido considerado como un delito especialmente repulsivo y ha evolucionado a través de los tiempos junto a los conceptos de familia y de persona. Actualmente se utiliza para denominar la muerte violenta de familiares cercanos al autor del delito, especialmente padre o madre, por cuanto parricida es aquel que da muerte a parientes muy próximos a él. La relación entre religión y salud mental viene cargada, en la cultura occidental, de una historia de encuentros y desencuentros durante los últimos siglos. La religión, que forma parte de la cultura, con gran fuerza en muchas poblaciones, es un factor que influye en el pensamiento y la conducta social del sujeto, existiendo evidencias de vínculos entre religión y conductas violentas, tanto a favor como en contra de la realización de las mismas. Las creencias religiosas pueden influir en sentido negativo y promover comportamientos calificados dentro de la violencia. Así desde tiempos ancestrales, hasta nuestros días, en formaciones económico-sociales muy primitivas o muy desarrolladas se han recogido evidencias, de suicidios y homicidios sobre bases religiosas fundamentalistas o fanáticas.

En el presente trabajo se aborda la presentación de un caso, de un individuo de 35 años de edad, sin antecedentes de trastornos psiquiátricos, que durante un cuadro de desorden mental agudo, caracterizado por ideas delirantes místico religiosas de mecanismo de producción alucinatorio, hubo de provocarle la muerte a su madre de forma violenta.

Palabras clave: Psiquiatría, parricidio, religión.

Abstract: Parricide has been always considered as an especially repulsive crime and has evolved through the times with the concepts of family and person. Currently, the term is used to call the violent death of relatives that are close to the author of the crime, especially the father or mother, because parricide is that person killing relatives very close to him. The relationship between religion and mental health in the western culture has been accompanied by a history of agreements and disagreements during the last centuries. Religion, that is a strong part of the culture in many populations, is a factor influencing the thoughts and the social behavior of the people. There are many evidences of a link between religion and violent behavior, both in favor or against them. Religious beliefs could have a negative influence and provoke behaviors qualified as violence. Therefore, from the ancient times until the current days, both in very primitive socio-economic formations and in very developed ones, evidences have been found of suicides and homicides committed on religious fundamentalist or fanatic bases. In this term, the authors present the case of an individual, aged 35 years, without antecedents of psychiatric disturbances, who during an episode of acute mental disorder, characterized by mystical raving ideas caused by a mechanism of delusional production, killed his mother violently.

Key words: Psychiatry, parricide, religion.

INTRODUCCIÓN

El parricidio hunde sus raíces en los albores de la humanidad y ha sido especialmente perseguido y considerado uno de los más execrables crímenes. A lo largo de la historia han sido frecuentes los casos de príncipes que mataban a sus padres para heredar sus reinos. Del desprecio que despierta dar muerte a los padres se ocupan ya las primeras legislaciones de Babilonia, Egipto, China y Grecia; aunque fue en Roma donde alcanzó una particular trascendencia cultural.¹

El parricidio, en el Derecho Romano primitivo, “parricidium”, era equivalente al homicidio voluntario. Ya con la ley de las XII Tablas, el parricidio se entiende como la muerte de los padres ocasionada por los hijos. Con las leyes de Sila, el

parricidio se extendió para otros parientes. En la Lex Pompeia de Parricidi, se instituyó que las víctimas en este delito podían ser los ascendientes, hermanos, primos, suegros, nueras, yernos, marido y mujer, padrastro, patrón y patrona.

Históricamente, el parricidio se ha considerado de mayor gravedad que el homicidio al momento de condenarlo penalmente.² En Cuba se trata como un homicidio agravado.³

Según la literatura internacional se han encontrado ciertas características comunes entre los parricidas, dependiendo de la situación específica en que el delito se comete, como la edad, sexo del victimario, y el tipo de víctima. Al mezclar los distintos factores antes mencionados se configuran diferentes perfiles probables de parricidas.

Una de las grandes diferencias que se realizan al hacer las descripciones de perfiles parricidas, tiene relación con el género del agresor, según los estudios, la gran mayoría de los parricidas son varones, observándose tasas de hasta un 92%, con una razón de 6:1 entre Hombres/Mujeres.²

Dentro de los hombres parricidas, el perfil de mayor frecuencia, serían adultos en los que existe una alta prevalencia de patología psiquiátrica, en especial esquizofrenia y consumo de drogas o alcohol.⁶ Según el estudio de Cornic y Olie, el típico perfil de un parricida adulto correspondería a: un varón joven, soltero, desempleado, que vive con la víctima, sufre de esquizofrenia y abusa de alcohol y drogas, quien ha suspendido el tratamiento, y posee antecedentes previos de conductas ilegales.⁴ En casi todos los estudios se demuestra una alta prevalencia de psicosis (desde 40%) en parricidas, y por otro lado, este delito representaría una parte importante (hasta un 30%) de los homicidios cometidos por personas psicóticas.

En la investigación realizada por Marleau, Millaud y Auclair se observa, al igual que en los estudios antes mencionados, que la mayoría de los parricidios son cometidos por varones adultos, en una situación en que hay una víctima y un victimario. Estos sujetos en su mayoría serían solteros, desempleados y vivirían con sus víctimas. Como principales patologías psiquiátricas se encuentran: esquizofrenia paranoide (56%), trastorno bipolar psicótico (13%), y trastorno esquizo-afectivo (8%). Además hasta un 45% tendría trastorno o rasgos de personalidad narcisista. La mayoría de estos pacientes no estaba bajo tratamiento al momento del crimen (más del 90%), ya sea porque ellos mismos suspendían los fármacos o porque no habían sido diagnosticados.⁵

Existen autores que dividen al Parricidio en dos vertientes: patricidio cuando se le da muerte al padre y matricidio cuando la madre resulta la víctima.

En el caso que nos ocupa el sujeto le dio muerte a su madre y con respecto a esto se conoce que el matricidio es un delito en extremo infrecuente, dando cuenta del 0,68% de todos los homicidios. En general, se observa que los homicidios dirigidos contra las madres los cometen casi en su totalidad individuos psicóticos, por lo tanto, si se consideran sólo los parricidios cometidos por psicóticos, el número de madres muertas es igual o incluso un poco mayor que el número de padres.³ Con el presente trabajo los autores se plantean como objetivo describir cómo influyen las creencias y prácticas religiosas en el paciente psicótico.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de un adulto de 35 años de edad, de grupo racial mestizo, casado, con nivel de escolaridad noveno grado, procedencia urbana. Trabajador por cuenta propia (albañilería). Sin antecedentes de trastorno psiquiátrico conocido hasta el momento del ingreso.

Con fecha 22 de abril de 2017 este ciudadano le provoca lesiones a su madre que le ocasionan la muerte varias horas después y agrede a otros familiares que se encontraban en el domicilio, utilizando puños, piernas y otros agentes contundentes. Es detenido por las autoridades policiales y recluido en las celdas de detención de la Unidad de la PNR (Policía Nacional Revolucionaria) de la ciudad de Matanzas. Pasados aproximadamente tres días detenido, se decide su

remisión al Hospital Psiquiátrico Provincial Antonio Guiteras Holmes por presentar síntomas de trastornos mentales dados por ideas delirantes místico-religiosas y alucinaciones auditivas.

A su llegada al Hospital Psiquiátrico este sujeto fue evaluado por personal especializado determinándose que presentaba una descompensación de tipo psicótica caracterizada por ideas delirantes místico religiosas de mecanismo de producción alucinatorio, refiriendo: *Dios me habla y cumplo mandatos del señor Dios, mi padre celestial para purificar las almas del pecado a través del dolor*, las cuales repercutieron en su conducta llegando a la agresividad, provocando daño físico a sus familiares. Se le impuso tratamiento, y se solicitó por parte de las autoridades policiales un peritaje psiquiátrico para establecer el estado mental del individuo en el momento de la comisión del delito. Durante su ingreso en la institución ya mencionada, se solicitaron los antecedentes del paciente, se orientó la realización de la historia social psiquiátrica, el examen psiquiátrico, y se le aplicaron las pruebas psicométricas correspondientes, con los siguientes resultados:

- Antecedentes:

Sin antecedentes de trastornos psiquiátricos hasta el momento de los hechos.

- Historia social psiquiátrica:

Se recoge que el sujeto tiene creencias religiosas y pertenece a la Iglesia Pentecostal.

- Examen psiquiátrico:

Sujeto hipervigilante, sin crítica de su enfermedad, solo se motiva por temas religiosos. Se constatan alucinaciones auditivas (*Dios me habla*) e ideas delirantes de grandeza y místico religiosas de mecanismo de producción alucinatorio, que repercuten en su conducta llevándolo de la excitación psicomotriz a la agresividad. La comprensión y la inteligencia están interferidas dado el grado de funcionamiento psicótico que presenta.

- Pruebas psicométricas:

Se le realizó Test de Bender que no arrojó elementos de organicidad, Test de inteligencia Weill: Coeficiente intelectual (CI) normal promedio. Se le aplicó para estudio de personalidad Test de dibujo de la figura humana Machover, Rotter y TAT los cuales arrojan el siguiente perfil de personalidad: individuo inseguro, temeroso, con sentimientos de minusvalía y temor al fracaso y abandono. Tiene dificultades para establecer relaciones interpersonales y un enfoque deficiente de la unidad y la jerarquía dentro de un grupo. No tolera la crítica y tiende a reaccionar de modo impulsivo, es caprichoso y utiliza mecanismos defensivos de negación y evasión. No gusta ser contrariado. Sus mecanismos de afrontamiento se basan en la evitación y buscan reducir el estado emocional displacentero y no se enfocan en el problema. Posee aspiraciones que no están sustentadas en posibilidades reales de ejecución o desarrollo. Precisa de la aprobación social. Es inmaduro desde el punto de vista emocional, con conflictos intrapsíquicos vinculados a la esfera sexual.

En las historias del TAT proyecta necesidades de afecto reconocimiento, aceptación, siente temor de enfrentar el rechazo. Proyecta prejuicios ante las personas con orientación sexual diferente. Reacciona de modo disfórico ante las láminas que le sugieren situaciones de infidelidad. Elabora historias de padres abusivos que violentaban a sus esposas e hijas y dice como mi papá. En sus relatos la mujer es casi siempre víctima de algún tipo de maltrato.

Priman las creencias religiosas. Proyecta culpa y se moviliza afectivamente ante una lámina que tiene la imagen de una mujer con un joven en brazos. Presenta dificultades para respetar las reglas y normas. Intenta defenderse y manipula los acontecimientos. Se describe a sí mismo como un individuo tranquilo y pacífico, víctima de mentiras y engaños ante los que respondió con perdón, se muestra cooperativo, utiliza lenguaje adecuado y coherente, con buena caligrafía y ortografía.

DISCUSIÓN

La religión y la espiritualidad ejercen un rol significativo en la vida de muchas personas, incluyendo las que padecen de un trastorno del espectro esquizofrénico.⁶ La religión puede definirse como una creencia en poderes divinos o

sobrenaturales para ser obedecidos y adorados; o cualquier tipo de sistema de creencias, adoración o conductas, que frecuentemente involucra un código ético y filosófico; mientras que el concepto de religiosidad abarca el grado de compromiso religioso, devoción de las creencias y adherencia a observancias religiosas y el impacto que posee la religión en la vida cotidiana como así también el grado de participación en práctica de rituales.⁷ Por otra parte, el misticismo puede definirse como la exaltación del sentimiento religioso fuera de los límites de lo racional, conforme a la ilustración del individuo en materia religiosa, en búsqueda de perfección religiosa y unión inefable del alma con Dios a través de la intuición y el éxtasis.

Mucha de la asociación entre psicosis y religión se ha producido por los fenómenos alucinatorios, las experiencias disociativas y las recurrentes preocupaciones religiosas de los pacientes durante los episodios psicóticos.⁸

La religiosidad es un síntoma común, y los pacientes esquizofrénicos con frecuencia emprenden estudios de religión o filosofía existencial antes de buscar tratamiento de manera más directa. Los individuos más subculturalizados se pueden involucrar activamente en su iglesia, sinagoga o mezquita, en general poniendo el acento en las cuestiones teológicas fundamentales y no en las actividades diarias de la congregación. Es típica la preocupación acerca de la existencia de Dios. El paciente más delirante puede tener la convicción de recibir mensajes de dios o de tener una relación especial con él.⁹

CONCLUSIONES

En el presente caso los Psiquiatras que asistieron al paciente durante su ingreso diagnosticaron que padecía un Trastorno Psicótico Agudo de tipo Esquizofrénico por lo que le pusieron tratamiento con antipsicóticos con una evolución favorable; independientemente del manejo penal que se le dio a este individuo por las serias implicaciones jurídico sociales del acto cometido.

Las creencias religiosas son comúnmente encontradas en la práctica psiquiátrica, por lo que se puede comprender la existencia de un continuo que va desde la normalidad a lo patológico. Aparentemente, las creencias religiosas son fácilmente identificables como normales o delirantes, al menos cuando se sientan en los extremos del espectro; esto no sucede con tal facilidad cuando la misma se encuentra en un punto intermedio.

El profesional de salud mental no recibe capacitación especializada en el mundo de la religión, por lo que a la hora de evaluar las creencias religiosas, se corre el riesgo de juzgar una creencia como delirante, cuando en realidad la misma es culturalmente aceptada. El DSM-5 incluye una nueva categoría diagnóstica que incluye problemas religiosos o espirituales, dentro del apartado << Problemas relacionados con otras circunstancias psicosociales, personales o ambientales>>.¹⁰

Debemos tener en cuenta que cuando hablamos sobre creencias ya estamos hablando de una percepción diferente de lo real, adentrándonos en el terreno de la fe, que en ciertos casos sirve para justificar acciones irracionales en una obediencia ciega a una autoridad divina. Sin embargo, aunque la religión es el campo propicio donde se cultivan conductas que podríamos relacionar con enfermedades mentales, dichas conductas no residen como tal en las instituciones religiosas, sino sobre todo, en la interpretación personal o colectiva de las doctrinas y en la vivencia de dichas prácticas incorporadas poco a poco como legítimas en la mente de cada creyente y que se expresan de forma consciente o inconsciente en comportamientos o acciones, en ocasiones irracionales¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Lillo. Diego. El delito de parricidio: consideraciones críticas sobre sus últimas reformas. Polít. criminal. vol.10 no.19 Santiago jul. 2015. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-33992015000100007>.ISSN 0718-3399.
2. Tamara Galleguillos U. Andrea Leslie L. Javier Tapia R. y Álvaro Aliaga M.
Caracterización psiquiátrica del delito de parricidio. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.46 n.3 Santiago sep. 2008.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272008000300007>

3. Cuba. Minsap. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Código Penal Cubano.[Internet] La Habana; 1979 [citado 24 Ene 2014]:87-8. Disponible en: http://www.gacetaoficial.cu/html/codigo_penal.html#A13
4. Cornic F, Olie J R Psychotic parricide. Prevention. Encephale 2006; 32 (4): 452-8.
5. Marleau J D, Millaud F, Auclair N. A comparison of parricide and attempted parricide: a study of 39 psychotic adults. Int J Law Psychiatry 2003; 26: 269-79.
6. Gearing, R. Alonzo, D. y Smolak, A. (2011). Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. Schizophr Res, 126,150-163.
7. Lung-Cheng Huang, CH. Yung Shang, CH. y Shieh, M. (2011).The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan. Schizophr Res, 187, 347-353.
8. Tamayo Lopera Diego A. Zapata Agudelo Germán D. Aportes psicológicos experimentales y neurobiológicos al estudio de la experiencia mística Religiosa. Num 20 – Julio-Diciembre, 2015 (Publicación preliminar)
9. MacKinnon Roger A. Michels Robert. Buckley Peter J. La entrevista psiquiátrica en la Práctica Clínica. Cap 13.pág 399.Edit Ars Medica.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2014.
11. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la conducta y Psiquiatría Clínica. 10ª ed. Barcelona: Ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.