

Historias de mujeres filicidas inimputables por enfermedad mental

Ricardo de la Espriella¹

Resumen

Objetivo: el objetivo general del presente trabajo es analizar historias de mujeres filicidas inimputables por enfermedad mental y determinar si existe una caracterización de este grupo, si el hecho tiene sentido y si se inscribe en las historias personales y familiares.

Métodos: investigación de tipo cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas a mujeres filicidas del programa de inimputables del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Desde 1997 al primer semestre de 2003, ocho casos son analizados. Se realizó entrevista, grabación de audio y posterior categorización según método deductivo e inductivo. Se presentan viñetas clínicas, datos generales y análisis de casos de tipo cualitativo. Se excluyeron mujeres imputables o en fase probatoria del proceso judicial. Las mujeres firmaron consentimiento informado, los datos obtenidos son confidenciales y no se utilizarán en los procesos, los cuales ya han sido fallados. *Resultados:* las pacientes de la muestra presentan las siguientes características: edad adulta (promedio 26,5 años), baja escolaridad, dependencia a figura masculina, devaluación de rol femenino, historia de maltrato y ausencia o muerte de alguno de los padres. Se presentan dos casos de filicidio múltiple y uno de neonaticidio. Las características de los menores son variables, desde hijos deseados, hijo único (1 caso), multiparidad (7 casos) hasta hijos no deseados. Las víctimas son de ambos géneros por igual. *Conclusión:* no existe un perfil único de la madre, del hijo o del tipo de delito.

Palabras clave: infanticidio, filicidio, neonaticidio, inimputabilidad, enfermedad mental.

Title: Histories of unimputable filicidal women due to mental illness.

Abstract

Objective: The main objective of this work is to analyse the histories of filicidal women who are unimputable due to mental illness, and also to determine if there is a characterization in this group of women, if there is a meaning to the act, and if it fits in personal and family histories. *Methods:* This is a qualitative investigation by means of semi-structured interviews of filicidal women in the unimputables' program of the Ministry of Social Protection in Colombia. Eight cases are analysed from 1997 to 2003. Personal interviews, audio taping and further categorisation by deductive and inductive methods was performed. Cases are shown

.....
¹ Médico psiquiatra, terapeuta sistémico, magíster en Epidemiología Clínica, director de Educación Médica Clínica de Nuestra Señora de La Paz, coordinador del Posgrado de Psiquiatría de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Clínica de Nuestra Señora de La Paz, profesor asistente del Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana.

with clinical vignettes, general data and qualitative analysis. Imputable women or cases not yet judged were excluded. The women signed an informed consent form, and data was kept confidential and will not be used in the legal process. *Results:* This sample was characterized by adult age (mean 26.5 years), low education level, dependence on a masculine figure, devaluation of the feminine role, history of childhood abuse, and death or absence of one or both parents. Two multiple filicide cases are shown and one case of neonaticide; child characteristics vary from wanted to unwanted pregnancies, and from only child to children with siblings. Victims are of both genders equally. *Conclusion:* There is not an only profile of mother, child, or type of crime.

Key words: Infanticide, filicide, neonaticide, inimputability, mental illness.

Hipótesis

H₀. El filicidio es un hecho fortuito en las vidas de las mujeres inimputables por enfermedad mental en Colombia.

H_a. El filicidio es un hecho que se inscribe en las historias de las mujeres que lo han cometido y que se dota de sentido en las escalas individual y familiar.

Objetivos

- Determinar si existe una caracterización de las mujeres con enfermedad mental que han cometido filicidio.
- Establecer si por las historias de vida de estas mujeres tiene el filicidio 'sentido'.
- Determinar cuál es el impacto del filicidio en las historias per-

sonales y familiares de estas mujeres.

- Conocer cómo perciben las mujeres filicidas la maternidad, los roles de género, las relaciones y el proceso de duelo.
- Determinar, en lo posible, las características de la víctima de filicidio.

Métodos

Tipo de estudio: investigación cualitativa mediante el análisis de contenidos de entrevistas a mujeres filicidas inimputables por enfermedad mental de Colombia, pertenecientes al programa de Inimputables del Ministerio de Salud, ahora de la Protección Social. Se ha utilizado este tipo de diseño debido a que el tema es planteado en términos cualitativos y se buscan las opiniones de las pacientes; además, no puede ser abordado adecuadamente por la investigación cuantitativa (1-3).

Población de estudio: mujeres filicidas inimputables de Colombia que consientan participar en el estudio.

Población de referencia: mujeres filicidas inimputables de Colombia.

Población blanco: todas las mujeres de Colombia que tengan hijos o pudieran tenerlos.

Criterios de selección: de la base de datos del Ministerio de la Protección Social del programa de Inimputables se seleccionaron mujeres acusadas de homicidio para establecer si se trataba de filicidio. En los

casos en que no se pudo obtener el dato, mediante comunicación con directores de los hospitales donde se encontraban los casos se estableció si se podían incluir en el estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres filicidas del programa de inimputables del Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Mujeres que decidan participar en el estudio, que firmen el consentimiento informado.
- Casos fallados judicialmente.
- Fecha: casos desde inicio del programa, segundo semestre de 1997, hasta el primer semestre de 2003.

Criterios de exclusión

- Mujeres acusadas en fase probatoria.
- Aquellas mujeres que decidan voluntariamente no participar.

Estrategia de búsqueda: se realiza búsqueda por Medline, y no se restringe por idioma o por año de publicación. Al utilizar la palabra *fillicide* no se encontraron artículos; posteriormente, usando la palabra *infanticide* y *mental disorders*, se encuentran 89 artículos, pero se descartan algunos de los referidos a obsesiones o fantasías de infanticidio. No se consideran todos los referentes a hombres filicidas y los reportes de caso.

Además, se realiza búsqueda de libros y revistas en bibliotecas médicas, donde se encuentran docu-

mentos de tipo psicoanalítico. La búsqueda de 'literatura gris' se lleva a cabo en congresos de psiquiatría y encuentros con colegas que trabajan en psiquiatría forense, principalmente. Se utilizaron también los buscadores Google y AltaVista, de donde se rescataron artículos, bibliografía y direcciones electrónicas que aparecen en las referencias, al final del texto.

El programa de Inimputables del Ministerio de la Protección Social en Colombia surgió cuando éste decidió adoptar la población carcelaria que existía en los anexos psiquiátricos de las cárceles. Mediante un contrato con instituciones de salud, estos pacientes fueron excarcelados. Desde 1997 y hasta el primer semestre de 2002 habían sido incluidos 280 pacientes. A partir del inicio de este programa se han hospitalizado en la Clínica La Inmaculada, de Bogotá: 43 pacientes, y del total de mujeres 11 han sido acusadas de filicidio.

Se ha perdido el control sobre los datos de las pacientes en el Ministerio de la Protección Social, debido a que al presente la ejecución de los contratos del programa de inimputables se ha trasladado a entidades territoriales (secretarías de Salud).

Total de casos posibles: en Bogotá se detectaron 12 casos. Al momento de estudio, 5 de ellos estaban hospitalizados (están incluidos) y a 7 se les había cambiado la medida de seguridad por libertad vigilada (3

de ellos se pudieron contactar e incluir, pero de 4 se perdió contacto por traslado de ciudad, y ninguno de ellos se pudo localizar por medio de familiares o juzgado). Adicionalmente, se detectó 1 caso en Pasto, pero cuando el autor viajó para contactarlo, descubrió que se había fugado durante una audiencia fuera de la ciudad.

Tamaño de la muestra: 8 casos, de un universo de 13. Se debe tener en cuenta que la muestra corresponde todas las inimputables de Colombia, no hay muestra mayor posible.

Variables de estudio:

- Instrumentos. Entrevista semi-estructurada diseñada ad hoc. Previo consentimiento informado, se grabó en audio y se transcribió literalmente.
- Realización de genograma en cada caso.
- Observadores. Todas las entrevistas fueron realizadas por el autor, al igual que la transcripción de las entrevistas y el posterior análisis.
- Se incluyen, además de las entrevistas, variables demográficas y diagnósticas; se revisaron historias clínicas para los datos pertinentes, a fin de ilustrar las viñetas clínicas de caso.

Cada caso es presentado con:

1. Resumen de historia clínica:
 - Variables demográficas: edad, estado civil, condición

socioeconómica previa, ocupación.

- Diagnóstico de base: comorbilidades.
- Antecedentes personales relevantes: historia de hospitalizaciones psiquiátricas; tiempo y curso de enfermedad mental; historia escolar, laboral y de relaciones; historia de abuso sexual, y maltrato infantil.
- Antecedentes familiares relevantes: historia de enfermedad mental, historia de suicidio en familiares, tipo de vínculo de los padres, tipo de relación entre hermanos.
- Genograma: se hizo hincapié en las relaciones y en la red de apoyo social (4).
- Experiencias emocionalmente perturbadoras: momentos relevantes en la historia personal.
- Pruebas psicométricas: *Inventario multifásico de la personalidad Minnesota* (MMPI, por su sigla en inglés) en 6 casos. En 2 no se aplicaron, por la sintomatología que incluye deterioro y síntomas afectivos presentes.

2. Resumen de la entrevista:

- Cada caso se identifica con un número secuencial y letras, para evitar romper la confidencialidad del caso. Cualquier dato que identificara a las pacientes, incluida su ciudad de origen o

- nombres de otras personas, se cambió, haciéndolo explícito.
- Se relata el número de sesiones que se llevaron a cabo, el sitio y si la paciente estaba aún con la medida de seguridad de internación en la Clínica psiquiátrica o en libertad vigilada.
 - Se transcribieron al pie de la letra las entrevistas, utilizando Word®.
 - Se buscaron las siguientes palabras clave (entre paréntesis se colocan palabras alternativas dentro del texto transcrito): muerte (maté, asesiné), culpa, pena (dolor, tristeza, depresión), familia, amor (cariño, apego), ayuda (compañía, cercanía).
 - Se buscaron frases que no estuvieran incluidas en la anterior búsqueda, pero que por su sentido se relacionaban con las categorías establecidas a priori.
 - Se analizó utilizando la metodología deductiva e inductiva. Así:

se realizó una matriz con las siguientes categorías iniciales deductivas: mujer, hombre, maternidad, enfermedad, peligrosidad, hechos, culpa, familia y red social y duelo.

- Inicialmente, se creó una guía de entrevista con los temas incluidos a priori. Se realizaron transcripciones de las frases para mayor comprensión del significado.
- Una vez divididas en las categorías deductivas se agruparon las proposiciones por temas, buscando similitudes temáticas. Éstas se establecieron en categorías inductivas excluyentes que no eran evidentes al inicio del trabajo, sino que surgen de los diferentes relatos incluidos y se codificaron. Estas categorías inductivas se recodificaron buscando que se tratara de categorías excluyentes.

Categorías de análisis

Categorías deductivas	Categorías inductivas
Mujer	Relación madre-hija
	Relación entre mujeres
	Concepto de mujer
	Orfandad
	Mujer enferma mental
	Rol de mujer
	Rol de madre
	Familia avuncular
	Sustitutos del rol de madre
	Mujer mala
	Suegra
Hombre	Rol de padre
	Orfandad paterna

Categorías deductivas	Categorías inductivas
Hombre	Sustitutos del padre
	Hombre bueno
	Hombre maltratador
	Maltrato conyugal
	Rol del hombre
	Decisión sobre tener hijos
	Rol de hijos
	Viudez
	Rol de pareja
	Relación con hombres
	Relación padre-hijos
Maternidad	Embarazo
	Nuevo embarazo
	Valor por género
	Parto
	Couvade
	Amnesia
	Delegación del rol de madre
	Rol de madre
	Lactancia y puerperio
Relación con hijo	
Enfermedad	Antecedentes previos a la crisis
	Conocimiento de la enfermedad
	Adherencia al tratamiento
	Síntomas y signos
	Vivencia individual
	Tratamiento psiquiátrico previo
	Interpretación del entorno
Peligrosidad	Peligrosidad
	Delincuencia
	Agitación
Hechos	Amnesia del acto
	Memoria
	Sufrimiento y síntomas previos
	Normalidad anterior
	Secreto
Culpa	Culpa con la familia y red
	Culpa personal
	Culpa con hijo
	Alternativas posibles
	Inseguridad
	No culpa

Categorías de análisis

Categorías deductivas	Categorías inductivas
Familia-red social	Rol familiar
	Relación familia-esposo
	Aceptación de hijos
	Apoyo y contención
	Hija parentalizada
	Madrina
	Amenaza externa
	Idea de familia
	Relación entre mujeres
	Relación con hombres
	Decisiones familiares
	Duelo
Elaboración	
No resolución	
Actos rituales	
Experiencias de duelo	
Negación	
Prospección	
No duelo	
Creencias	

Se tomaron el número de casos en cada categoría inductiva y se realizó un análisis cuantitativo de las respuestas. Cuando sólo en un caso se respondió en una categoría, se analiza como valor *outlier*. Las respuestas redundantes o novedosas para el análisis se transcribieron.

Resultados

*De lo importante no hay pruebas,
sino testimonios.
Nicolás Gómez Dávila (5)*

Una vez transcritas las entrevistas, se buscaron patrones redundantes de comunicación y reiteraciones.

Se buscó calificar las frases según categoría de discurso: personas, localización, características, ventajas/desventajas, responsabilidades y criterio de clasificación. Además, en particular, las frases que correspondan a las categorías incluidas en los ítems de hoja de preguntas. En resumen, se utilizaron los método deductivo e inductivo (3). Como se aprecia, en las categorías inductivas surgen elementos no considerados inicialmente y que se repiten en los diferentes relatos.

Para el análisis descriptivo, una vez categorizada la información se recomponen los datos, seleccionan-

do los grupos de categorías más relevantes, a fin de responder a las principales preguntas planteadas inicialmente, como fue el entender el acto filicida inscrito en las historias previas de la mujer y su familia de origen y cómo este acto a su vez se integra o no a la mitología familiar (véase diagrama anexo).

Todos los casos estudiados se evaluaron más de seis meses después

del acto filicida, por lo cual los procesos agudos de duelo ya habían ocurrido (6). Es de anotar que la muerte de un hijo ha sido calificada como el evento más difícil de duelo posible. Para estas mujeres, el que esta muerte haya sido producida por ellas, introduce más gravedad al hecho.

En la Tabla 1 se muestran las características de las madres filicidas en el momento de los hechos:

Tabla 1. Características de las madres filicidas al momento del delito

Variable	Caso							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad	24	20	28	30	28	25	27	30
Estado civil	UL	Soltera	UL	¿Casada?	Casada	UL	Casada	Casada
Escolaridad	Secundaria no completa	Primaria	Primaria no completa	Primaria no completa	Primaria	Primaria	Secundaria	Primaria no completa
Ocupación	Hogar	Niñera	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Hogar	Oficio doméstico
Antecedentes psiquiátricos personales	No	No	Sí	¿?	Sí	Sí	No	No
Intento de suicidio previo	17 años	No	No	¿?	Sí	Sí	No	No
Intento de suicidio episodio índice	No	No	No	¿?	Sí	Sí	No	No
Maltrato infantil	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Abandono del padre	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No
Rechazo de hijo por paciente	No	No	Sí	¿?	No	No	No	No
Rechazo de hijo por compañero	4° hijo	No	Sí	¿?	No	No	No	No
Muerte de madre	Sí	No	No	No	Sí*	Sí	No	Sí
Muerte del padre	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No

* Suicidio, UL: unión libre.

Se aprecia un promedio de edad de 26,5 años: la paciente menor tenía 20 años y la mayor 30. En cuanto a estado civil, sólo la paciente 3 era soltera, el resto tenía uniones vigentes. Únicamente una paciente tuvo 12 años de estudio, una tuvo estudios de secundaria incompleta, 3 completaron la primaria y 3 no terminaron sus estudios de primaria.

Al momento del filicidio, 6 pacientes se desempeñaban como amas de casa y sólo 2 tenían actividad laboral remunerada económicamente: una se desempeñaba como niñera, y otra más, en oficios domésticos.

Al menos 3 de estas mujeres tenían antecedentes de atención psiquiátrica al momento del filicidio. Se

desconoce si el caso 4 también los tenía. Al menos 3 pacientes tuvieron intento de suicidio previo, uno de ellos no motivó atención psiquiátrica.

De los casos, 2 pacientes tuvieron intento de suicidio en el curso del episodio que culminó en filicidio. Como antecedentes, 5 pacientes tuvieron historia de maltrato infantil, 2 casos presentaron historia de abandono del padre, 3 casos tenían muerte del padre previa al acto filicida y 4 adicionales muerte de la madre. En el caso 5 la madre se incinera durante crisis psicótica. En total, en 7 de los 8 casos alguno de los padres había fallecido.

En la Tabla 2 se muestran las características de los menores asesinados:

Tabla 2. Características de los hijos asesinados

Variable	Casos											
	1**				2	3	4	5	6**		7	8
Puesto entre los hijos	1	2	3	4	2	1	4	1	2	3	1	5
Sexo	m	m	m	m	f	m	f	f	f	f	m	f
Edad (años)	7	6	3	0	0*	6	0	6	4	2	3	3
Reconocido por padre	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Deseado por madre	No	Sí	Sí	Sí	No	No	¿?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Deseado por padre	Sí	Sí	Sí	No	No	No	¿?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

* Neonaticidio; ** filicidio múltiple; m: masculino; f: femenino.

Un total de 12 hijos fueron asesinados. En 2 casos se presentó filicidio múltiple (4 y 2 hijos): 4 de ellos eran primogénitos, 3 ocupaban el segundo puesto, 2 el tercer puesto, 2 el

cuarto puesto y 1 era quinto hijo. Según sexo: hubo 6 menores de género masculino, y 6 del femenino. Según edad, el de menor edad fue recién nacido y el de mayor edad tuvo 7 años.

Los niños asesinados fueron reconocidos por el padre en 10 casos. Al menos 3 casos no fueron deseados por la madre y 3 casos por el padre; 2 casos, al menos, no fueron deseados ni por el padre ni por la madre. En el caso 7 no se pudieron establecer estos datos.

A continuación se presenta cada caso con viñeta clínica, antecedentes y hallazgos según pruebas psicométricas (en seis casos). Además, se presentan los genogramas y apartes de la transcripción de las entrevistas.

Caso 1

Viñeta clínica

Mujer que ingresó a la Clínica procedente de la Reclusión de Mujeres, en Bogotá. Durante la estancia en la cárcel fue mantenida en la enfermería, debido a amenazas explícitas de muerte por parte de otras reclusas. Al inicio, datos confusos señalaban como posible autor del homicidio de los tres hijos al padre de éstos, quien presentaba cuadro de fármaco-dependencia. El niño mayor no era hijo de él.

Tras una discusión con el esposo y en ausencia de éste, la mujer degüella a sus cuatro hijos varones. Posteriormente presenta deambulación por la calle. Fue apresada y al ingreso manifestaba amnesia global de nueve años de evolución. Desde el inicio se sospechó en ella síndrome de Ganser. Manifestaba rasgos histriónicos de la personalidad.

Durante la estancia en la clínica se documenta embarazo. El parto fue atendido en otra institución. La paciente fue devuelta a la clínica. El hijo es adoptado por la hermana, quien es policía. Hubo contacto con el esposo, de quien se había perdido rastro. El hombre manifestó preocupación por el menor, pero no inició proceso de custodia y nuevamente pierde contacto con la institución.

Hay recuperación gradual de la memoria, incluidos unos sueños donde ella se observa cometiendo el filicidio múltiple. Tras esto presenta un cuadro depresivo, manejado con antidepresivos y refuerzo de la psicoterapia.

La paciente concede la adopción del hijo a la hermana. Previamente se había mostrado distante de sus familiares. Tras el hecho, ella recibe apoyo de sus hermanos. La entrevista se realiza cuando la mujer ya había egresado de la clínica.

Identificación

Edad: 24 años. Estado civil: unión libre. Religión: católica. Condición socioeconómica previa: estrato bajo, dependiente del esposo, sin actividad laboral fuera del hogar al momento de los hechos. Ocupación previa: trabajó en una panadería.

Antecedentes personales

Depresión no tratada a los 17 años, cuando la madre fallece. Intenta suicidarse lanzándose de un

puente. Abuso de alcohol y consumo de sustancias psicoactivas. Depresión no tratada durante el tercer embarazo. Episodios hipomaniacos no tratados.

Historia laboral: trabajo en una panadería, donde es acosada sexualmente por el jefe, según su relato. Queda embarazada y convive con el padre del hijo. No vuelve a trabajar.

Relaciones: superficiales, incluye relación de convivencia con jefe de trabajo. Patrón de maltrato y violencia física en la relaciones con la pareja. Maltrato durante los embarazos “para que abortara”.

Abuso sexual: acoso sexual en el trabajo. Siendo menor de edad tiene el primer bebé y convive con el jefe abusador.

Abandono del padre.

Antecedentes familiares

Tipo de vínculo de los padres: no convivieron, relación mediada por demanda de alimentos que el padre no cumplió.

Tipo de relación entre hermanos: inicialmente lejana, pero se ha demostrado adecuada ante las circunstancias de la muerte de los hijos de la paciente.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Momentos relevantes: abandono del padre cuando tenía 2 años de edad, fallecimiento de la madre cuando la paciente tenía 17 años y embarazo no planeado.

Tratamiento farmacológico

Sin tratamiento farmacológico al momento de la entrevista.

Tratamiento no farmacológico

Psicoterapia individual de corte psicoanalítico.

Aspectos legales

Tiempo transcurrido desde el evento: 3 años.

Situación al momento de la entrevista: medida de seguridad de libertad vigilada.

Pruebas psicométricas

MMPI: combinación 6-4, siguiente escala 3 (histeria).

Diagnóstico

Síndrome de Ganser.
Trastorno histriónico de la personalidad.
Miopía.
Dismenorrea.
Pitiriasis versicolor.

Caso 2

Viñeta clínica

Mujer que ingresó a la Clínica procedente de un hospital adonde fue llevada tras el parto. Ingresó en período de puerperio mediato. Tuvo el embarazo oculto y sin controles

prenatales, sin convivencia con el padre de la bebé, quien nació mientras la paciente se desempeñaba como niñera. La recién nacida, de sexo femenino, es encontrada en el baño por la dueña de casa donde trabajaba, sin vida. El parto fue vivido como algo lejano, no interpretó los dolores como contracciones, sino como cólicos. Hay alteración en la percepción temporal con amnesia parcial de los hechos.

De la serie analizada, es el único caso de neonaticidio. Llama la atención la característica disociación presentada y reportada en los casos revisados en la literatura médica. La disociación no es una característica limitada al embarazo o al parto, sino una forma constante que se evidenció en la entrevista.

No se trata de un primer embarazo: la paciente había estado embarazada y al parecer no lo ocultó. No existe un claro rol de madre, pues esta tarea es asumida por la madre de la paciente.

Identificación

Edad: 20 años. Estado civil: soltera. Condición socioeconómica previa: trabajaba para ayudar en la casa, con actividad laboral como niñera. Ocupación previa: niñera.

Antecedentes personales

Historia escolar: sólo estudió hasta quinto de primaria. No se consideraba buena para el estudio.

Historia laboral: ha trabajado como niñera, oficio que ejercía al momento de los hechos, con buen desempeño.

Relaciones: hay relaciones afectivas con compromiso sin convivencia, de una tiene a la hija mayor, y de otra, a la bebé fallecida.

Antecedentes familiares

Tipo de vínculo de los padres: casados.

Tipo de relación entre hermanos: buena relación.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Momentos relevantes: fallecimiento del padre.

Tratamiento farmacológico

No recibía medicación al momento de la entrevista.

Tratamiento no farmacológico

Psicoterapia de grupo, a la cual asistió en pocas ocasiones.

Psicoterapia individual que fue interrumpida por cambio de medida de seguridad.

Aspectos legales

Tiempo transcurrido desde el evento: un año.

Situación actual: al momento de la entrevista es notificada de

cambio de medida de seguridad por libertad vigilada.

Pruebas psicométricas

MMPI: combinación 6-5 y siguiente 4-2.

Diagnóstico

Trastorno disociativo.
Trastorno de personalidad.

Caso 3

Viñeta clínica

Paciente procedente de una cárcel de ciudad intermedia, sin familiares en la ciudad. Fue encarcelada tras ser encontrada con el cadáver de su hijo mayor de 6 años de edad y en compañía del hijo menor, quien no presentaba lesiones. Había pedido posada en una zona rural, mientras huía del esposo. Sufre un episodio de tipo psicótico con alucinaciones auditivas mandatorias. Asesinó al hijo golpeándolo repetidamente hasta matarlo durante un lapso de 5 horas.

Historia previa de cierta marginalidad encubierta por la situación socioeconómica familiar. Evidente inteligencia baja, problemas de lenguaje. Durante la entrevista es evidente el concretismo, la pobre introspección y prospección limitada.

La familia y la paciente creen que el acto era ineludible: “lo escrito, escrito está”, afirmó su her-

mano y ella, que tuvo un sueño previo en el cual se veía asesinando a su hijo. Comentó “el sueño se me cumplió”.

Entrevista realizada durante la estancia hospitalaria.

Identificación

Edad: 30 años. Estado civil: unión libre. Condición socioeconómica previa: estrato bajo, importante carencia económica con ocasional indigencia y prostitución. Ocupación previa: trabajadora sexual; al momento de los hechos, dedicada al hogar. Religión: ninguna.

Antecedentes personales

Cuadro depresivo durante el embarazo del hijo mayor. Intento de aborto con tóxicos e inyecciones. Durante el parto cerraba las piernas impidiendo el nacimiento. Mastitis en el puerperio.

Tratamientos recibidos: toma irregular de medicación psiquiátrica por parte del médico general (dosis subterapéuticas). Hospitalizaciones psiquiátricas previas: niega.

Historia escolar: primaria incompleta.

Historia laboral: sin estabilidad laboral previa, trabajó en prostitución.

Relaciones: hay relaciones afectivas con los padres de sus hijos. El primero no reconoció al hijo. El segundo lo reconoce y convive con la paciente al momento de los hechos.

Posteriormente se pierde contacto con él. Pobre apoyo familiar.

Maltrato infantil, padre alcohólico maltratador, con ocasional violencia física contra los hijos, frecuente violencia contra la esposa.

Antecedentes familiares

Historia de enfermedad mental: padre con enfermedad mental (según datos de medicina legal) y hermana con enfermedad mental de características cíclicas.

Tipo de vínculo de los padres: casados. Hasta el fallecimiento del padre, convivían.

Tipo de relación entre hermanos: distante.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Momentos relevantes: padre fallece 12 años antes.

Migración a ciudad a los 6 años de edad, procedente de región rural. Ruina de los padres.

Tratamiento farmacológico

Manejo con antipsicóticos y moduladores afectivos al momento de la entrevista.

Tratamiento no farmacológico

Pobre integración en terapia de grupo por concretismo, al igual que en psicoterapia individual.

Aspectos legales

Tiempo transcurrido desde el evento: 17 meses.

Medida de seguridad de internación en clínica psiquiátrica al momento de la entrevista.

Pruebas psicométricas

MMPI: combinación 6-8 y siguiente escala 9.

Diagnóstico

Esquizofrenia esquizoafectiva.
Retardo mental límite.

Caso 4

Viñeta clínica

Mujer que ingresó a la Clínica como medida de seguridad 40 años después de haber cometido filicidio. Fue detenida en un club de ancianos al verificar que su cédula estaba reportada en base de datos judicial. Los hijos desconocen el antecedente, que fue oculto por familiares, quienes ya han fallecido. Tiene diagnóstico de esquizofrenia simple. No hay conciencia del hecho. En un principio no aparece el dato del hijo fallecido en la elaboración del genograma; posteriormente se sabe que era la cuarta hija, menor de un año.

En el momento de los hechos, la paciente presentó, al parecer, la primera crisis de una enfermedad mental que requirió hospitalización. No tuvo más hijos por decisión del esposo.

Nunca se tuvo acceso al expediente legal, ni el juzgado respondió la solicitud de resumen para trabajo terapéutico. Los familiares vivos a la fecha desconocían los datos.

Identificación

Edad: 70 años. Estado civil: casada al momento de los hechos, viuda desde hace 20 años. Condición socioeconómica previa: estrato bajo, dependiente en vivienda y soporte económico de sus hijos. Ocupación previa: hogar.

Antecedentes personales

Tiempo y curso de la enfermedad mental: enfermedad crónica de al menos 40 años de evolución. Recibió diversos tratamientos en forma ambulatoria.

Tratamientos recibidos: antipsicóticos, ansiolíticos, antiparkinsonianos. Requirió neurolépticos de depósito.

Hospitalizaciones psiquiátricas previas: múltiples, incluye hospitalizaciones en la Clínica La Inmaculada, donde se desconocía el filicidio hasta la actual internación.

Historia escolar: primaria incompleta, sale de estudiar para trabajar con la hermana.

Historia laboral: trabajó en una fábrica. Desde cuando se casó, no volvió a trabajar fuera del hogar.

Relaciones: se casó a los 17 años, esposo alcohólico, maltratador físicamente, quien la golpeaba

durante los embarazos. Viuda desde hace 20 años. Convive por períodos cortos de tiempo con cada uno de sus hijos. Al momento del ingreso vivía con una nuera y sus nietas.

Antecedentes familiares

Tipo de vínculo de los padres: casados. El padre fallece cuando la paciente tiene 25 años de edad.

Tipo de relación entre hermanos: distante, ha perdido contacto con los hermanos.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Maltrato por parte del esposo.

Tratamiento farmacológico

Antipsicóticos al momento de entrevista.

Tratamiento no farmacológico

No tolera terapia de grupo. Asiste a citas para psicoterapia individual, pero no continúa.

Aspectos legales

Tiempo transcurrido desde el evento: 40 años.

Situación actual: durante la entrevista se encontraba en la Clínica como medida de seguridad.

Pruebas psicométricas

No se realizaron por estado de la paciente, no se puede aplicar el MMPI.

Diagnóstico

Esquizofrenia simple.

Caso 5

Viñeta clínica

Una mujer ingresa al programa luego de ser trasladada de clínica psiquiátrica adonde fue conducida tras el filicidio de su única hija, de seis años edad, a quien envenenó. La mujer también tomó veneno, pero fue llevada al hospital a tiempo. La primera crisis se presentó el año anterior con recaída el mismo año. Requirió hospitalización psiquiátrica, no hubo adherencia al tratamiento.

Tiene historia de enfermedad mental en la madre, que termina con la autoincineración en medio de una crisis psicótica. La paciente se hace cargo del cuidado de los hermanos desde los 10 años de edad.

Abandonada por el esposo al momento de la entrevista, recibe apoyo de sus familiares. Hay proceso de grupo e individual de tipo psicoterapéutico con apoyo en la religión.

Identificación

Edad: 29 años. Estado civil: casada, pero el esposo abandona el contacto con la paciente y con los familiares. Condición socioeconómica previa: dificultades económicas, grupo familiar que apoya económicamente unos a otros. Ocupación previa: hogar.

Antecedentes personales

Tiempo y curso de enfermedad mental: 16 meses previos a la entrevista.

Tratamientos recibidos: medicación que desconoce.

Hospitalizaciones psiquiátricas previas: en la Beneficencia de Cundinamarca. No siguió el tratamiento prescrito a la salida.

Historia escolar: alcanzó a estudiar la primaria completa.

Historia laboral: desde los 10 años se dedicaba al hogar. Se hizo cargo del cuidado de sus hermanos tras la muerte de la madre, ocasional trabajo temporal en ventas.

Relaciones: se casa a los 19 años. Hay abandono por parte del esposo tras los hechos.

Maltrato infantil: periodos de negligencia en el cuidado por parte de la madre y separaciones por crisis psicóticas.

Antecedentes familiares

Historia de enfermedad mental: madre con enfermedad mental cíclica.

Historia de suicidio: madre se suicida cuando la paciente tiene 9 años.

Tipo de vínculo de los padres: casados.

Tipo de relación entre hermanos: buena, con apoyo a M, quien ha ejercido como figura sustituta de la madre.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Momentos relevantes: muerte de la madre.

Hospitalizaciones psiquiátricas de la madre.

Hospitalización previa.

Tratamiento farmacológico

Antidepresivos al momento de la entrevista.

Tratamiento no farmacológico

Terapia de grupo con buena adherencia y participación.

Psicoterapia individual.

Aspectos legales

Tiempo transcurrido desde el evento: 16 meses al momento de la entrevista.

Situación actual: hospitalizada como medida de seguridad, al poco tiempo de la entrevista se cambia la medida por la de libertad vigilada.

Pruebas psicométricas

No se realizaron.

Diagnóstico

Trastorno afectivo bipolar.

Caso 6

Viñeta clínica

Paciente de origen llanero. Ingresó a la Clínica por haber cometi-

do filicidio múltiple al matar a sus dos hijas con un cuchillo en un episodio depresivo; esperaba salvarlas de tener enfermedad mental. Se detuvo al ver a su hijo varón, al cual no lesionó.

En el cuadro depresivo interpreta la información dada por el psiquiatra sobre la base genética de la enfermedad. Hubo intento de suicidio previo, antecedente de hospitalización psiquiátrica por crisis psicótica, en la cual se desfiguró torso y miembro superior con agua hirviendo.

Presentó pobre adherencia al tratamiento e interpretaciones mágicas culturales de la enfermedad, avaladas por los familiares.

Identificación

Edad: 26 años. Estado civil: unión libre. Condición socioeconómica previa: hubo periodos de dificultad económica y dependencia de familias de origen. Ocupación previa: hogar.

Antecedentes personales

Tiempo y curso de enfermedad mental: inicio de la enfermedad mental hace más de un año. Requirió hospitalización prolongada con necesidad de terapia electroconvulsiva (TEC). Período de remisión incompleta con reactivación de síntomas asociado a interrupción de tratamiento farmacológico y dificultades en accesibilidad a consulta psiquiátrica.

Tratamientos recibidos: recibió antipsicóticos, antidepresivos y TEC.

Hospitalizaciones psiquiátricas previas: 1 un año antes de la entrevista.

Historia escolar: interrumpe sus estudios para dedicarse a trabajar.

Historia laboral: trabajó para poder independizarse de su familia. Se empleó como empleada doméstica. Al casarse deja de trabajar fuera del hogar.

Relaciones: centradas en familia, al momento de los hechos había alejamiento del núcleo primario, por rivalidad entre el esposo y su familia. Después de los hechos, hay intento por parte de la familia del esposo de acusar a la paciente penalmente. Hay intervención de hermano de N, quien es comandante de grupo armado.

Maltrato infantil: por parte del padre, hay posterior arrepentimiento y disculpa de éste cuando la paciente es adulta.

Antecedentes familiares

Tipo de vínculo de los padres: casados. Muerte de la madre.

Tipo de relación entre hermanos: al morir la madre, es cuidada por la hermana mayor. Hay un hermano varón adoptado. Relación más cercana con las hermanas.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Muerte de la madre.

Hospitalización psiquiátrica.

Asesinato de las hijas.

Tratamiento farmacológico

Recibió modulador afectivo, antipsicótico y benzodiazepinas. Al momento de la entrevista recibe ácido valproico.

Tratamiento no farmacológico

Psicoterapia individual de corte psicoanalítico. Terapia de grupo.

Aspectos legales

Situación al momento de la entrevista: hospitalizada como medida de seguridad de internación en clínica psiquiátrica.

Pruebas psicométricas

MMPI: combinación 6-8, siguiente escala 5. Indicadores de trastorno de personalidad con elementos límite.

Diagnóstico

Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo en remisión.

Trastorno de personalidad.

Caso 7

Viñeta clínica

Paciente de origen costeño, procedente de una cárcel de mujeres. Presenta cuadro psicótico con características alucinatorias de posesión demoniaca del hijo y alucinaciones auditivas. El cuadro es influido por

concepciones de miembros de su religión de la posesión como un hecho real. Mata a su hijo golpeándolo para liberarlo de los demonios. Al momento de los hechos se encontraba en el séptimo mes postparto.

Hay un claro cuadro depresivo psicótico de inicio puerperal que fue interpretado y avalado por las creencias religiosas de su grupo. Resiente que éste no la haya contenido y la haya abandonado a ella y a su esposo tras los hechos (el esposo fue removido del cargo de pastor).

Se encuentra embarazada nuevamente al momento de la entrevista, que se realizó estando la paciente con medida de seguridad de libertad vigilada.

Identificación

Edad: 30. Estado civil: casada. Condición socioeconómica previa: estrato bajo, el esposo y la paciente logran puesto importante en el grupo religioso y ser independientes económicamente. Al momento de la entrevista el esposo había sido relevado del cargo de pastor de la iglesia y actualmente subsisten con un negocio de distribución de lácteos. Ocupación previa: hogar. Actualmente ayuda al esposo en ventas. Religión: protestante.

Antecedentes personales

Tiempo y curso de enfermedad mental: inicia 5 meses antes del filicidio.

Tratamientos recibidos: previamente ninguno.

Hospitalizaciones psiquiátricas previas: no.

Historia escolar: undécimo grado.

Historia laboral: sin actividad laboral previa, dedicada al hogar.

Relaciones: manifiesta haber sido mimada por su madre y hermanos. Se casa cuando tiene 25 años con hombre de 36, pastor de la iglesia a la que pertenece.

Abuso sexual: no.

Maltrato infantil: padre maltratador, maltrato físico por parte de hermanos en la adolescencia.

Antecedentes familiares

Tipo de vínculo de los padres: no convivieron. La madre huye con los hijos para evitar maltrato continuado por parte del padre de la paciente, con quien no convivía.

Tipo de relación entre hermanos: buena actualmente, previamente con maltrato físico por hermanos mayores.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Momentos relevantes: primer novio rechazado por hermanos.

Maltrato por parte de los hermanos.

Tratamiento farmacológico

Recibió antidepresivos, ningún fármaco al momento de la entrevista.

Tratamiento no farmacológico

Existió buena adherencia a terapia grupal, no asiste al momento de entrevista.

Estuvo en psicoterapia individual, asistía a controles periódicos por psiquiatría.

Aspectos legales

Tiempo transcurrido desde el evento: 44 meses.

Situación actual: al momento de la entrevista se encuentra en el cuarto mes de gestación. Libertad vigilada, asiste ocasionalmente a controles médicos.

Pruebas psicométricas

MMPI: combinación 6-8 componentes obsesivos, indicadores de trastorno de personalidad histriónico con elementos mixtos afectivos.

Diagnóstico

Psicosis postparto.

Caso 8

Viñeta clínica

Mujer quien ingresó a la Clínica proveniente de una cárcel de mujeres. Tenía 5 hijos, y presenta el primer episodio de depresión en el postparto de la hija menor: “yo la aborrecí”, “quería tener niño”. Bajo efectos del alcohol y siguiendo alu-

cinaciones auditivas mandatorias, ahoga a la hija colocándole almohada sobre la cara. Antecedentes de enfermedad mental en la familia.

Evidente inteligencia baja, concretismo, pobre resonancia afectiva. No hay adecuada introspección, su participación en la psicoterapia fue pobre.

Identificación

Edad: 32 años. Estado civil: unión libre. Condición socioeconómica previa: períodos de indigencia. Ocupación previa: hogar.

Antecedentes personales

Historia escolar: tercero de primaria.

Historia laboral: ama de casa.

Relaciones: descritas como distantes con familiares.

Maltrato infantil: por parte del padre.

Antecedentes familiares

Historia de enfermedad mental: tía materna con enfermedad mental, alcoholismo por parte del padre.

Tipo de vínculo de los padres: casados, maltrato por parte del padre, muerte de la madre en niñez de la paciente. El padre se aleja, durante el tiempo de hospitalización no asistió a la visita.

Tipo de relación entre hermanos: distante.

Experiencias emocionalmente perturbadoras

Momentos relevantes: muerte de la madre cuando S tiene 10 años de edad. No pudo asistir al entierro.

Tratamiento farmacológico

Requirió modulador afectivo, antipsicóticos y ansiolíticos.

Tratamiento no farmacológico

Asistió a terapia de grupo en forma irregular.

Aspectos legales

Tiempo transcurrido desde el evento: 3 años.

Medida de seguridad de internación en clínica psiquiátrica.

Pruebas psicométricas

MMPI: combinación 9-8.

Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (EIWA, por su sigla en inglés): CI 79 (fronterizo).

Diagnóstico

Trastorno afectivo bipolar. Primer episodio de inicio en postparto. Retardo mental límite.

En la Tabla 3 se resumen las características de la madre filicida en el momento de la entrevista: un promedio de edad de 33 años, con un rango de 20 a 70 años. El filicidio había ocurrido desde un año a 40 años antes.

Tabla 3. Características de la madre filicida al momento de la entrevista

Variable	Caso							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad	26	21	30	70	29	26	30	32
Tiempo transcurrido	3 años	1 año	17 meses	40 años	16 meses	1 año	44 meses	3 años
Situación de pareja	Abandono	Abandono	Abandono	Viuda	Abandono	Abandono	Vigente	Vigente
Situación de hijos sobrevivientes	No	Con abuela	Con el padre	Con ambos padres	No	Con el padre	Con ambos padres	Con el padre
Otros hijos	Sí	No	No	Sí	No	No	Embarazo	No
Apoyo familiar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Diagnóstico eje I	S. Ganser	Trastorno disociativo	EEA	Esquizofrenia	TAB	TAB	Psicosis postparto	TAB postparto
Diagnóstico eje II	T. de P. histriónico	T. de P. histriónico	RM leve	T. de P.	T. de P. histriónico	RM leve

EEA: esquizofrenia esquizoafectiva; TAB: trastorno afectivo bipolar; T. de P.: trastorno de personalidad.

En 5 casos se había producido abandono por parte del compañero, y una paciente enviudó, aunque no fue abandonada por su esposo.

En 6 casos hubo hijos sobrevivientes: 2 de ellos vivían al momento de la entrevista con ambos padres. 3 casos adicionales se encontraban con el padre y en 1 caso el menor estaba con la abuela.

En 3 casos se presentaron nuevos embarazos; una de las pacientes estaba embarazada al momento de la entrevista.

Todos los casos tuvieron apoyo por parte de familia en grados diversos.

Según el diagnóstico, 2 pacientes tuvieron diagnósticos de disociación (síndrome de Ganser y trastorno disociativo). Una paciente fue diagnosticada con esquizofrenia crónica; un caso, con trastorno esquizoafectivo; 3, con trastorno afectivo bipolar (uno de ellos de inicio en el postparto), y un caso adicional fue diagnosticado con psicosis postparto.

En el eje II hubo 4 casos con diagnóstico de trastorno de la personalidad, 3 de ellos de tipo histrióni-

co, y 2 casos fueron documentados como retardo mental leve.

En la Tabla 4 se presentan las características del filicidio, donde 2 casos fueron filicidios múltiples.

En 2 casos se utilizó un cuchillo para degollar a los niños. En otro caso se usó un objeto contundente (palo). En un más, el pequeño fue golpeado con los puños y arrojado contra las paredes y el piso. Un niño fue envenenado y en otro caso el bebé fue asfixiado con una almohada y golpeado. En el caso de neonaticidio, el menor fue abandonado, y en un caso no se pudo establecer la forma de muerte. De las pacientes, 3 presentaban amnesia del hecho.

Resultados

A continuación se presentan los resultados de las nueve categorías iniciales deductivas, de las cuales surgieron las 66 categorías inductivas a las cuales se colocó códigos. En la tabla se anota una X cuando el caso correspondiente tuvo una o más frases que correspondían a la

Tabla 4. Características del filicidio

Variable	Caso							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Puesto entre los hijos	1°, 2°, 3° y 4°	2°	1°	No establecido	1°	2° y 3°	1°	5°
Tipo de arma	Cuchillo	No	No	No establecido	No	Cuchillo	Palo	No
Forma	Degüello	Abandono	Politraumatismo golpes	No establecido	Envenenamiento	Degüello	Politraumatismo	Asfixia golpes
Amnesia del hecho	Sí	Sí	No	Sí	No	No	No	No

categoría. Al final, en la columna total, se cuenta el número de casos relacionados, donde 8 es el número mayor aplicable, dada la muestra, y 1, el menor. Estos últimos se consideran valores extremos.

Según la metodología de las listas de conteo, para el análisis tomamos los puntajes de 4 o más casos en la categorización y el puntaje de sólo un caso como valor extremo. De esta forma realizamos una puntuación de las categorías más frecuentes y menos frecuentes.

Al comparar la muestra presentada con los datos de la literatura (7) se encuentra que las pacientes presentaron edad promedio de 26,5 años contra los 19 años de la literatura médica. En la muestra presentada, además, es evidente la tendencia a tener uniones estables en el momento del filicidio. En los datos congruentes con la literatura médica están el bajo nivel educativo, el inicio tardío de cuidado prenatal o ningún cuidado prenatal en absoluto y la multiparidad.

Según las características del hijo (tablas 5 y 6), se aprecia que la distribución por sexo fue igual para hombres que para mujeres y los partos fueron a término. Los datos de bajo peso al nacer y bajo puntaje en el test de APGAR no fueron estudiados.

Respecto al caso de neonaticidio presentado, al ser comparado con los hallazgos de la literatura médica, se encuentra que se trató de un filicidio poco frecuente para la edad y la paridad de la paciente; pero concuerda con los hallazgos de Overpeck y cols. (7), en haber presentado parto a término y ningún control prenatal.

En la Tabla 7 se presentan los resultados de la categorización en las nueve categorías previas (deductivas) y las 66 categorías resultantes (inductivas). Con una X aparecen los casos en los cuales se presentaron una o más frases según categorías. En la última columna se coloca en número de casos en los que una categoría apareció.

Tabla 5. Factores de riesgo para filicidio materno

Sujeto	Factores de riesgo en la literatura*	Factores de riesgo en la muestra
Madre	Edad joven (<19 años) Bajo nivel educativo (<12 años) Inicio tardío de cuidado prenatal o no cuidado prenatal Partos previos Soltera	Edad mayor (26,5 años) Bajo nivel educativo (<12 años) Inicio tardío de cuidado prenatal o no cuidado prenatal Multiparidad Casada-unión libre
Hijo	Bajo peso al nacer Baja edad gestacional (<28 semanas) Sexo masculino Bajo puntaje en el test de APGAR	No establecido Parto a término Sexo masculino y femenino por igual No establecido

*Tomado de Overpeck y cols. (7).

Tabla 6. Factores de riesgo para neonaticidio

Factor de riesgo	Neonaticidio literatura*	Neonaticidio muestra
Edad materna y orden de nacimiento		
19 años o menos Primer hijo	42,6	
19 años Segundo hijo o posterior	6,9	
20 a 24 años Primer hijo	14,9	
20 a 24 años Segundo hijo o posterior	9,9	✓
25 años o más Primer hijo	8,9	
25 años o más Segundo hijo o posterior	16,8	
Edad gestacional al nacimiento		
Pretérmino < 37 semanas	34,5	
A término: 37 semanas o más	65,5	✓
Cuidado prenatal		
No cuidado	85,3	✓
Cuidado	14,7	

*Tomado de Overpeck y cols. (7).

Tabla 7. Categorías inductivas y deductivas

Categorías deductivas	Categorías inductivas	Código	Casos								Total
			1	2	3	4	5	6	7	8	
Mujer	Relación madre-hija	RMH	X	X		X	X		X	X	6
	Concepto de la mujer	CMU	X			X				X	3
	Relación entre mujeres	REM	X		X	X		X			4
	Orfandad materna	ORM			X		X	X		X	4
	Mujer enferma mental	MEM					X			X	2
	Sustitutos rol de madre	SRM					X	X			2
	Familia avuncular	FAV					X				1
	Mujer mala	MMA		X			X		X		3
	Rol de mujer	RMU		X	X			X			3
	Suegra	SUE						X	X		2
Hombre	Relación padre-hijos	RPH	X	X	X		X	X			5
	Sustitutos rol de padre	SRP	X					X	X		3
	Hombre maltratador	HMA	X		X	X			X		4

Continúa

Continuación tabla 7

Categorías deductivas	Categorías inductivas	Código	Casos								Total	
			1	2	3	4	5	6	7	8		
	Hombre bueno	HBU	X									1
	Rol de hombre	RHO	X	X					X			3
	Viudez	VIU				X	X					2
	Decisión sobre tener hijos	DTH			X	X						2
	Rol de hijos	RHI				X				X		2
	Rol de padre	RPA		X	X	X	X		X	X		6
	Relación con hombres	RCH		X	X	X			X	X		5
	Rol de pareja	ROP		X	X		X		X	X		5
	Orfandad paterna	ORP			X							1
Maternidad	Embarazo	EMB	X	X	X	X	X		X	X		8
	Valor por género	VPG	X	X				X				3
	<i>Couvade</i>	COU	X									1
	Amnesia	AMN	X	X		X						3
	Delegación de rol de madre	DRM	X						X			2
	Rol de madre	RMA	X	X	X	X	X		X	X		7
	Lactancia y puerperio	LYP		X	X			X				3
	Nuevo embarazo	NEM		X					X	X		3
	Relación con hijos	REH			X			X		X		3
Parto	PAR			X							1	
Familia y red social	Apoyo y contención familiar	ACF	X		X	X	X		X			5
	Rol familiar	ROF	X					X				2
	Relación familia-esposo	RFE	X					X				2
	Aceptación de hijos	ACE	X									1
	Hija parentalizada	HPA					X					1
	Madrina	MAD					X					1
	Amenaza externa	AME			X				X			2
	Idea de familia	IDF							X			1
Enfermedad	Antecedentes previos a crisis	APC	X				X					2
	Conocimiento de enfermedad	CDE	X	X	X		X	X		X		6
	Síntomas y signos	SYS	X	X	X	X	X	X	X	X		8
	Tratamiento psiquiátrico previo	TPP			X	X	X	X				4
	Interpretación del entorno	IDE						X	X			2
	Vivencia individual	VIV		X								
Peligrosidad	Peligrosidad	PEL	X	X	X	X	X		X	X		7
	Delincuencia	DEL	X									1
	Agitación	AGI					X	X				2
Hechos	Amnesia del acto	AMA	X	X		X				X		4
	Sufrimiento previo	SUF	X		X			X				3
	Normalidad anterior	NAN		X			X					2
	Memoria	MEM			X		X	X	X	X		5
	Secreto	SEC		X								1

Continúa

Continuación tabla 7

Categorías deductivas	Categorías inductivas	Código	Casos								Total
			1	2	3	4	5	6	7	8	
Culpa	Culpa con la familia y red	CCF	X					X			2
	Culpa personal	CPE	X		X		X	X	X		5
	No culpa	NOC				X		X		X	3
	Culpa con hijo	CCH			X		X	X			3
	Inseguridad	INS		X							1
Duelo	Prospección	PRO	X	X						X	3
	Negación	NEG	X	X	X	X					4
	Actos reparativos	ACR	X								1
	Elaboración	ELA	X							X	2
	No resolución	NOR	X				X		X		3
	Experiencias de duelo previas	EDP		X							1
	Creencias	CRE	X		X		X				3

Categorías según frecuencia

A continuación se relacionan las categorías según frecuencia, a partir de las más frecuentes (entre paréntesis se coloca el número de casos con respuesta positiva a la categoría).

Ocho casos: síntomas y signos, embarazo.

Siete casos: rol de madre, peligrinidad.

Seis casos: relación madre-hija, rol de padre, conocimiento de la enfermedad.

Cinco casos: apoyo y contención familiar, relación padre-hijos, memoria, relación con hombres, rol de pareja, culpa personal.

Cuatro casos: orfandad materna, hombre maltratador, tratamiento psiquiátrico previo, relación entre mujeres, amnesia, negación.

Tres casos: concepto de la mujer, mujer mala, rol de mujer, susti-

tutos rol de padre, rol de hombre, valor por género, amnesia, lactancia y puerperio, nuevo embarazo, relación con los hijos, sufrimiento previo, no culpa, culpa con hijo, prospección, no resolución, creencias.

Dos casos: elaboración, culpa con la familia y red, normalidad anterior, agitación, interpretación del entorno, antecedentes previos a la crisis, amenaza externa, relación familia-esposo, rol familiar, delegación de rol de madre, orfandad paterna, rol de hijos, decisión de tener hijos, viudez, suegra, sustitutos rol de madre, mujer enferma mental.

Un caso: familia avuncular, hombre bueno, orfandad paterna, *couvade*, parto, aceptación de hijos, hija parentalizada, madrina, idea de familia, vivencia individual, delincuencia, secreto, inseguridad, actos reparatorios, experiencias previas.

Discusión

El tamaño de la muestra no permite hacer un análisis cuantitativo estricto; en cambio, la metodología usada, partiendo de categorías y temas seleccionados a priori, abrió la posibilidad para descubrir categorías implícitas en el texto, surgidas de los relatos de las mujeres, lo cual amplió así la selección inicial.

Existen algunas características importantes en la muestra observada, al compararla con la literatura médica mundial. Un caso no tenía recuerdo del acto ocurrido 40 años antes; no se logró tener información por parte de familiares (habían fallecido) o por el juzgado, tampoco establecer las características de la composición familiar, incluido al niño asesinado, el género, la edad y otras de sus características, del delito y de la madre al momento del hecho.

Características de las mujeres

Edad al momento del filicidio: promedio de edad de 26,5 años (20-30). Ninguna de ellas fue menor de edad. Al momento de la entrevista el promedio de edad fue de 33,3 años (21-70).

Tipo de vínculo de pareja al momento del filicidio: la muestra presenta tendencia a tener uniones vigentes, lo cual está en contra de los hallazgos mundiales. Como se ha discutido, la calidad del vínculo fue descrita como pobre por las mujeres. Únicamente la paciente neonaticida era soltera. Estas caracterís-

ticas difieren de muestras encontradas en otros países (8-12), con tendencia a ser mujeres más jóvenes, sin vínculo estable.

Actividad laboral: predominantemente hogar. Sólo la paciente neonaticida trabajaba, paradójicamente, de niñera, y una paciente de mayor edad (30 años) trabajaba en oficios domésticos. Dos pacientes habían ejercido la prostitución (casos 1 y 3). Curiosamente, en estos dos casos las víctimas fueron hijos varones, lo cual hace suponer un elemento de agresión contra la figura masculina desplazada hacia los hijos: el asesinato del hijo producto de una violación en el caso 1 y el no deseado y no reconocido por el padre en el caso 3. El trabajo como niñera en el caso 2 hizo más evidente la disociación con la cual vive la paciente y que se evidenció en la forma de asesinato. Como lo afirman Spinelli y Resnick, la disociación no se limita al neonaticidio (9,13).

Antecedentes psiquiátricos: se encontraron antecedentes de enfermedad mental en tres pacientes. Otra mujer tenía antecedente de gesto suicida previo en período de duelo de la madre. Es decir, al menos la mitad de las pacientes tenía antecedentes personales claros de trastorno mental. Las características de enfermedad mental no fueron tenidas en cuenta por la paciente o por su red de apoyo como señal de alarma; tampoco se percibió el embarazo y la maternidad como particularmente riesgosas.

Dos de las pacientes tuvieron ideación suicida asociada al filicidio. Una de ellas realizó un intento previo, que fue frustrado. Se conoce que dos de cada tres filicidas se suicida. La ideación suicida estuvo presente al momento de cometer el filicidio, lo cual concuerda con la literatura médica mundial (14-15).

Antecedente de maltrato infantil. 5 pacientes reportaron antecedente de maltrato en infancia, principalmente por parte del padre, aunque 2 de ellas lo recibieron de hermanos también. De las pacientes, 2 tuvieron historia de padre abandonador. Coincide con los reportes de la literatura médica de mayor vulnerabilidad y factores de maltrato crónico (16-18).

Sólo una paciente admitió haber rechazado conscientemente al hijo que resultó asesinado: una mujer con cuadro esquizoafectivo, quien rechazó al niño asesinado desde el embarazo. Este hecho causó que su relato fuera el más impactante, pues existe una negación de sentimientos filicidas y destructivos asociados a la maternidad. Por el contrario, en las otras pacientes los embarazos fueron idealizados.

Dos pacientes manifestaron rechazo explícito del embarazo por parte de su pareja. La falta de apoyo, aunque no fue explícita, se evidenció de diversas formas: instigación al aborto, reconocimiento del menor o dar aporte económico.

Tres pacientes experimentaron la pérdida de la madre previa al fili-

cidio; mientras una, la muerte del padre en una paciente (filicida). Todas las pacientes al momento de los hechos tenían ausencia de alguno de los padres por abandono o muerte. Esto sugiere que la presencia de padre y madre asegura contención de impulsos filicidas, además, la muerte de padre o madre puede estar en 'conflictuada' y culpabilizada como lo sugiere Freud en *Dostoievski o el parricidio* (19).

El estrato socioeconómico de todas las pacientes fue bajo. Sólo una paciente tenía un hijo; las demás eran multíparas. La existencia de condiciones de vulnerabilidad personal y del hijo, como la pobreza, la pobre red de apoyo y las condiciones que disminuyan la viabilidad del hijo parecen influir en la decisión del filicidio.

El tiempo transcurrido entre el hecho y la entrevista aseguraba que se hubiera pasado el proceso de duelo normal. Si bien es de anotar que el fallecimiento de un hijo es un evento de mucho estrés que no sigue el curso normal de duelo. La presencia de múltiples estresores, como la enfermedad mental, la pérdida del vínculo y el homicidio, puede volver este duelo irresoluble:

Cada bebé tiene un significado especial para sus padres. En términos del futuro, un bebé representa una *promesa*. Como una vida representa ilusiones, partes propias inacabadas, aspiraciones, fantasías; un bebé es potencialmente

una oportunidad de reparación, de volver a empezar, de concretar un sueño. (20)

La muerte de un bebé es "... una pérdida real que origina un duelo real aunque muchos de los elementos que se pierden sean simbólico" (20). En la muestra, el perfil del MMPI fue la combinación 6-8 en tres casos, el cual coincide con diversos estudios (21). Los tres casos restantes fueron escalas 6-4, 6-5 y 9-8, que no corresponden al perfil dado por estos autores para las otras formas de homicidio consideradas (uxoricidio y homicidio).

Características del filicidio

Se presentaron 2 casos de filicidio múltiple (2 y 4 hijos). En ambos se utilizó cuchillo y degüello de los menores y se asesinaron hijos de un único sexo. El género del pequeño y no la relación individual con cada hijo explica los dos casos de filicidio múltiple. La violencia del hecho sugiere una agresión más que una actitud de tipo altruista, pese a que esto parece haber mediado en el asesinato de las hijas.

La selección del sexo del menor asesinado se relaciona con la venganza contra la figura masculina, en el caso de los hombres asesinados por relaciones conflictivas con padre, compañero previo o actual (caso 1, 3 y 7). Cuando la mujer asesina a una hija, parece darse por concepción de la transmisión gené-

tica de la enfermedad (caso 5, 6 y 8), lo cual sugiere un elemento identificatorio y altruista en la decisión o por negación del embarazo y del rol de madre (caso 2). Arma: en 2 casos fue utilizado el cuchillo y en uno, un objeto contundente (palo). En un caso se utilizó veneno, asociado a intento de suicidio de la paciente. En tres casos se utilizó violencia física (golpes). Las formas violentas de asesinato son reconocidas en otras muestras (22).

Sólo se presentó un caso de neonaticidio: el hijo muere al ser abandonado. La forma de asesinato de la menor corresponde al cuadro descrito para neonaticidas.

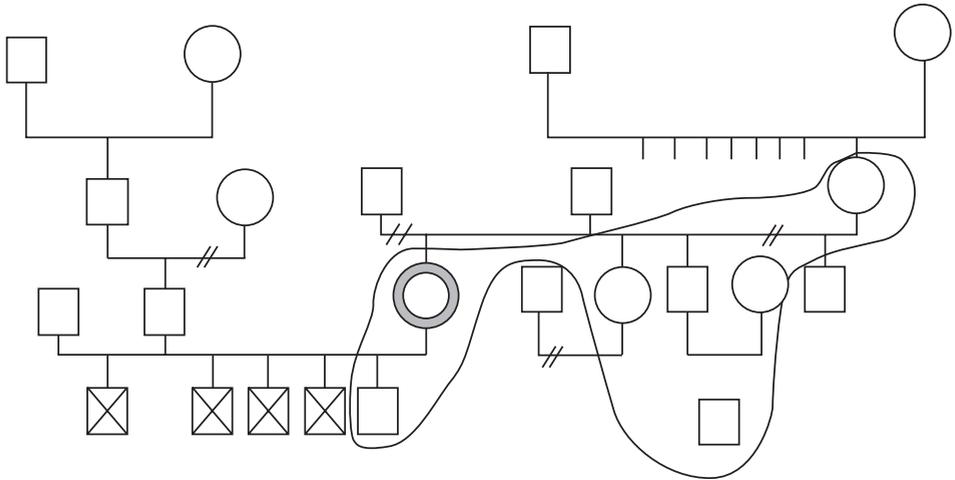
Dos casos se presentan con amnesia de tipo disociativo. Como se explicó, el caso de neonaticidio y un caso de filicidio múltiple, evidenciado en el diagnóstico final: trastorno disociativo y síndrome de Ganser.

Un caso con amnesia psicótica. No se pudo establecer forma de asesinato en el caso 4. La amnesia psicótica, el secreto familiar y el deterioro llevaron a no poder establecer las variables de este caso.

Características de los hijos

Fueron 12 hijos asesinados, 2 casos de filicidio múltiples (2 y 4 casos), 6 mujeres y 6 hombres. La literatura mundial pone de relieve la selectividad del filicidio hacia el hombre, ligado a enfermedad mental, y de la mujer, como una forma de selección de sexo. Por ser una

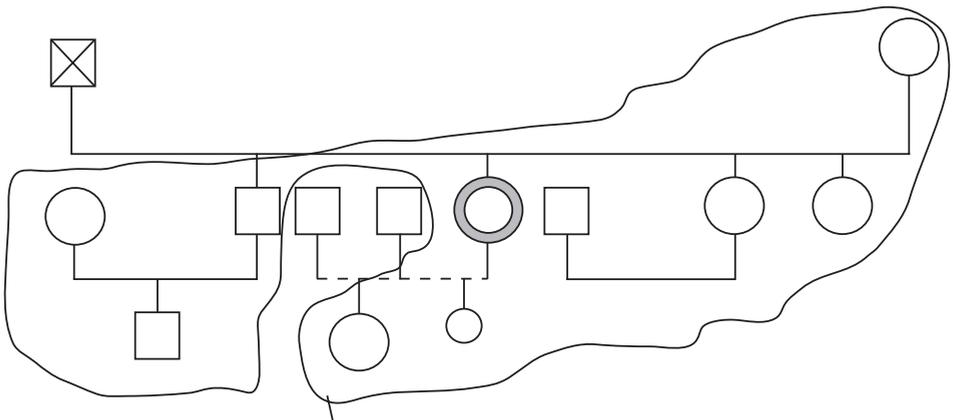
Genograma posterior al filicidio caso 1



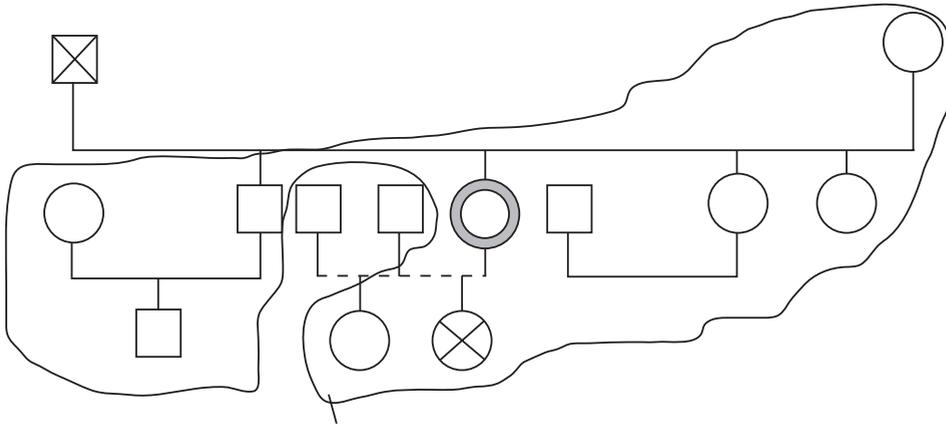
Caso 2: como se aprecia en los genogramas previo y posterior del caso 2, el embarazo de la segunda hija no existió para el núcleo primario. La paciente no ha ejercido realmente el rol de madre. La primera hija fue tenida cuando la paciente era menor de edad y dejada al cuida-

do de la madre. Posterior a la estancia hospitalaria, la paciente regresa a su núcleo primario sin modificación, sigue siendo hija dependiente, sin rol de madre, con aporte ocasional por trabajo. No hubo vínculo afectivo con el padre de la menor asesinada.

Genograma previo al filicidio caso 2



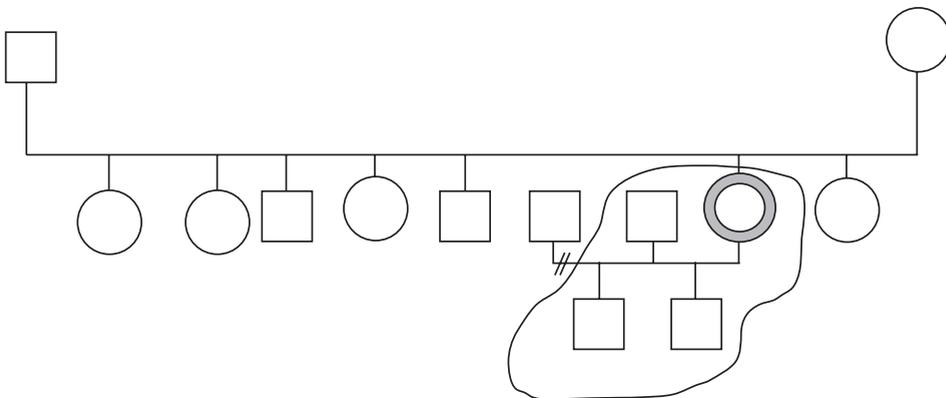
Genograma posterior al filicidio caso 2



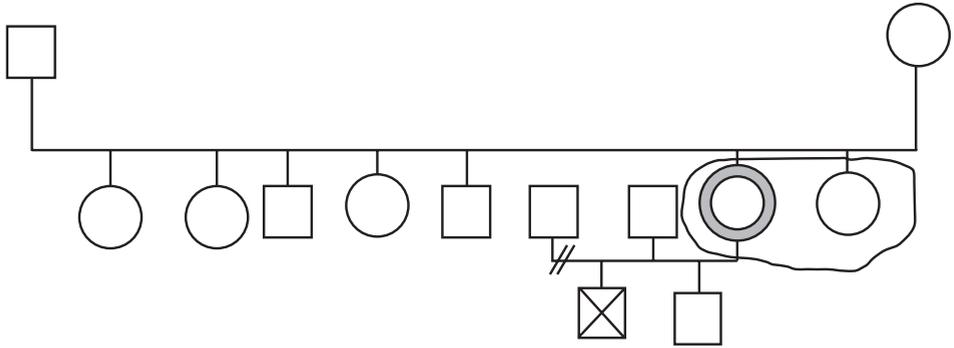
Caso 3: el compañero toma al hijo sobreviviente y no desea relación con la paciente. Esto impide que ejerza su rol de madre. Al egreso de la estancia hospitalaria va a vivir

con una hermana, aunque no hay claridad de los compromisos. La familia disculpa los hechos como inevitables (véanse genogramas previo y posterior al caso 3).

Genograma previo al filicidio caso 3



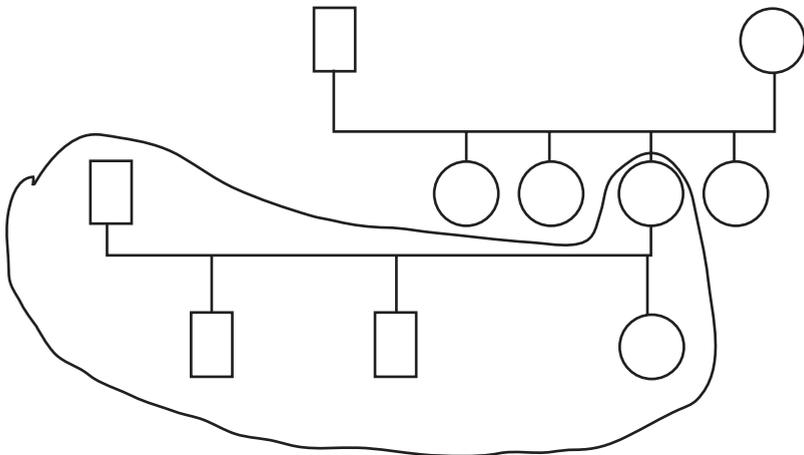
Genograma posterior al filicidio caso 3



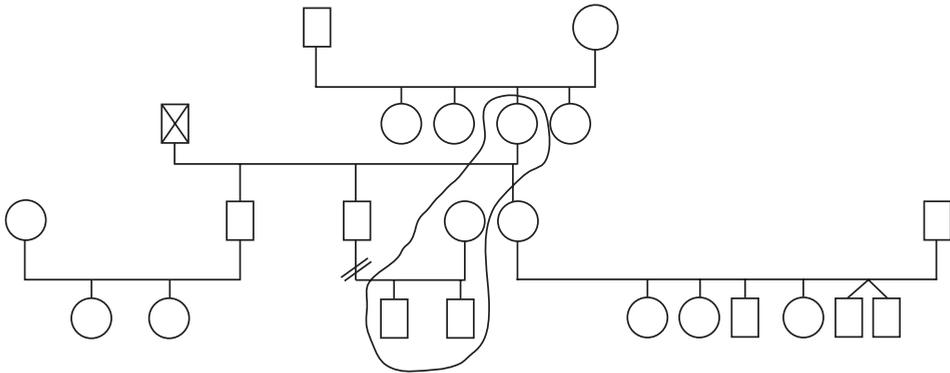
Caso 4: hechos ocurridos 40 años antes. En el genograma previo al filicidio no aparece el hijo muerto. Hay un secreto familiar descubierto en parte por las acciones judiciales que llevan a la paciente a la medida de seguridad de internación en una

clínica psiquiátrica. Después de los hechos hay viudez, estancias temporales en las casas de cada hijo e incluso de anterior esposa del hijo. El hecho pareció nunca ocurrir para el sistema (véanse genogramas previo y posterior del caso 4).

Genograma previo al filicidio caso 4



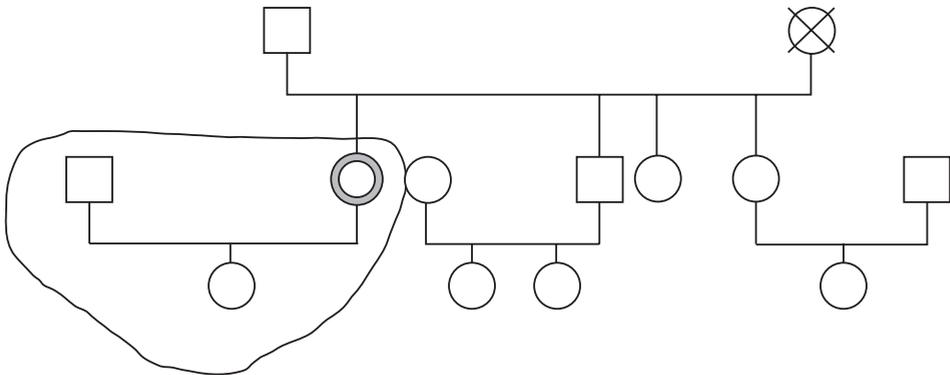
Genograma posterior al filicidio caso 4



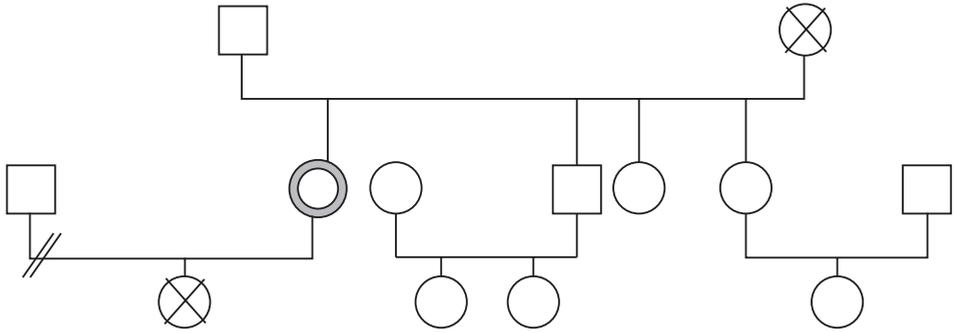
Caso 5: vivía con esposo e hija. Posterior al hecho, el esposo la abandona; no hay otros hijos. Regresa al núcleo primario con claro componente de solidaridad y agra-

decimiento por parte de los hermanos, quienes fueron cuidados por la paciente cuando ésta era menor de edad (véanse genogramas previo y posterior del caso 5).

Genograma previo al filicidio caso 5



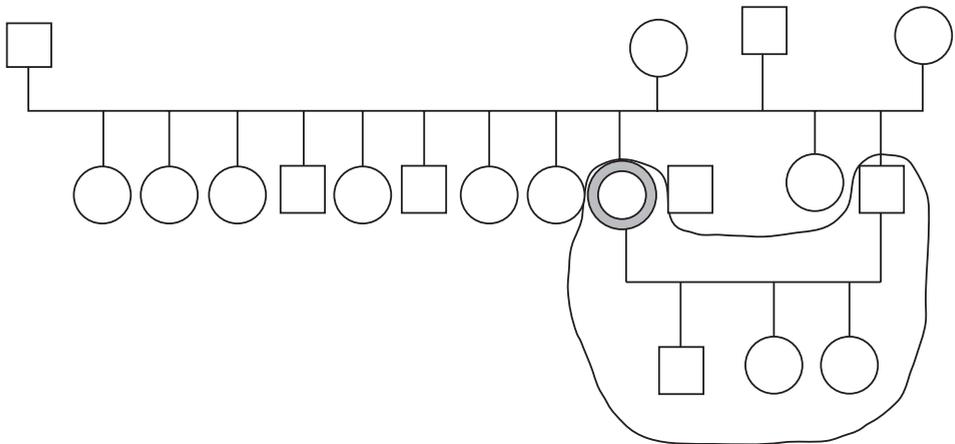
Genograma posterior al filicidio caso 5



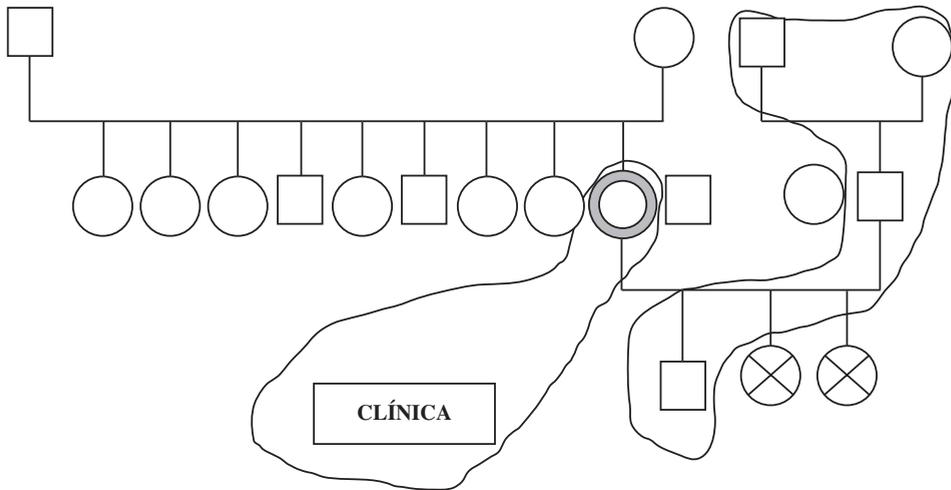
Caso 6: filicidio múltiple de hijas. Sobrevive el hijo varón, quien es mantenido en la familia del padre. Hay amenazas y rechazo por parte del esposo y su familia contra la paciente. Se le quita la posibili-

dad de ejercer como madre. Se encuentra institucionalizada, no hay claro apoyo del núcleo primario (véanse genogramas previo y posterior del caso 6).

Genograma previo al filicidio caso 6



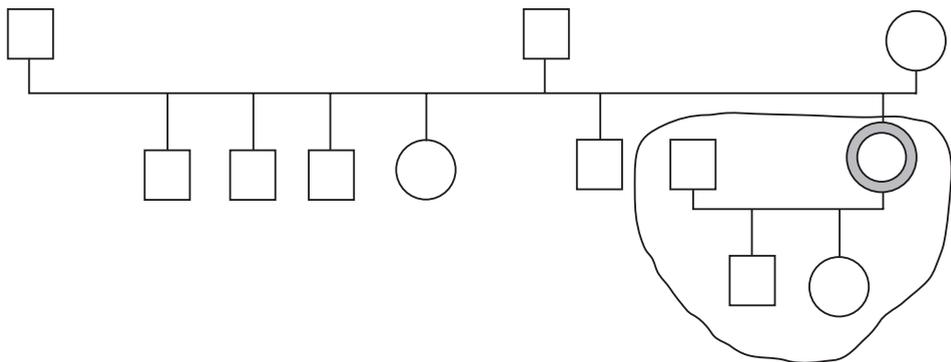
Genograma posterior al filicidio caso 6



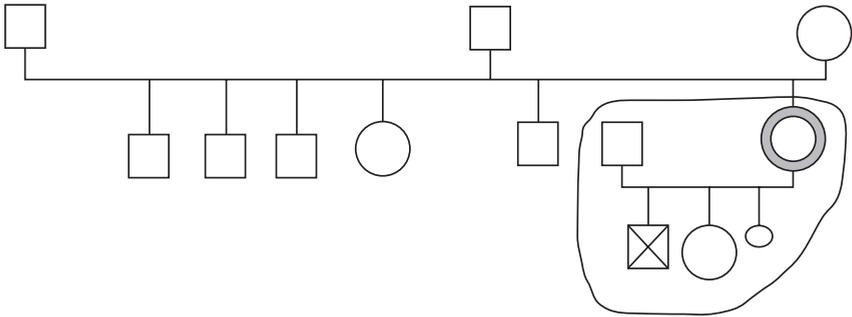
Caso 7: paciente vivía con esposo e hijos en un sistema familiar unido con valores religiosos. El genograma posterior muestra nuevo embarazo altamente cargado de expectativas de sustitución del menor asesinado. Regresa el núcleo

familiar con apoyo de la familia de origen. Se intuye compromiso del esposo con elementos de culpa y crisis de sistema centrado en la religión (véanse genogramas previo y posterior del caso 7).

Genograma previo al filicidio caso 7



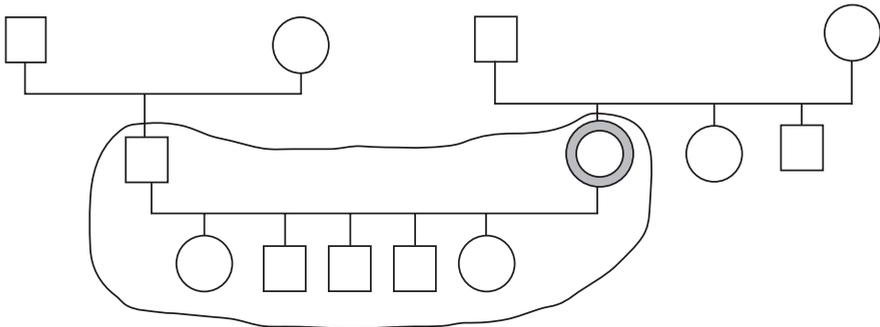
Genograma posterior al filicidio caso 7



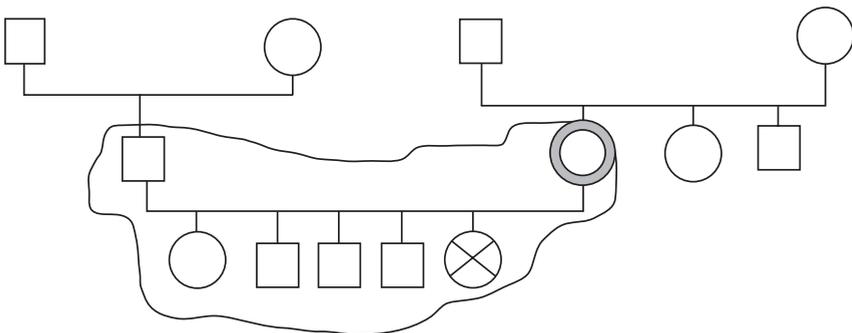
Caso 8: previamente vivía con el esposo y cinco hijos. Asesina a la hija menor. Al egreso volvería con esposo e hijos y retomaría los roles

de madre y cuidadora. El número de hijos y la situación socioeconómica determinan la vuelta al hogar y el no abandono del esposo.

Genograma previo al filicidio caso 8



Genograma posterior al filicidio caso 8



Vuelta al núcleo secundario

Los casos 4, 7 y 8 vuelven al núcleo secundario. Condiciones para el regreso: existencia de otros hijos, valores religiosos (caso 7) y expectativa de matrimonio para toda la vida en los tres casos. Los esposos fueron descritos como responsables y buenos (caso 7 y 8) y como maltratador en el caso 4.

Vuelta al núcleo primario

La vuelta al núcleo primario se da por la inexistencia de vínculo con el padre del menor en el caso 2 (neonaticidio), porque no hay hijos sobrevivientes (caso 5), por abandono del esposo (casos 1, 3 y 5) y por rechazo explícito de familia política (caso 6).

Nuevos embarazos

En caso 1, la paciente no sabía que estaba embarazada al momento del filicidio. En el caso 4 no se estableció si existieron otros embarazos, por el secreto alrededor del hecho. En caso 7 hay un nuevo embarazo con deseo de sustitución del menor asesinado.

La recomposición del sistema familiar depende de las características del hecho, pero principalmente de las características y creencias del sistema, particularmente del compañero.

Análisis de categorías

A continuación se ilustran con dos ejemplos el análisis de las cate-

gorías deductivas e inductivas antes mencionadas, según más frecuentes y menos frecuentes. En todos los casos se siguieron los pasos enumerados:

Signos y síntomas

1. Selección de datos contenidos en la categoría

“Yo me siento no del todo recuperada para el tratamiento” (caso 1). “No sentí nada raro” (caso 2). “Me la pasaba hablando sola, le decía al marido mío, escuchaba la voz, decía... viejo pendejo, déjeme en paz. Y entonces las muchachas escuchaban y decían: no, esa muchacha está loca, entonces se dieron cuenta y me llevaron al médico de la cárcel”. “De un momento sentía como miedo... que de pronto los niños llegarán a tener la enfermedad” (caso 6). “Lo que yo sentía era a proteger al niño... empezaron los nervios”, “a la pequeña yo la desprecié, le fui cogiendo como rencor, algo así...” (caso 8). “Porque me di un porrazo en el baño... del dolor de cabeza (estoy mejor, del dolor aquí también”, “ya no me da tanta tristeza como antes, o sea, que me he sentido mucho mejor” (caso 5).

2. Descripción

Se aprecia referencia al cuerpo, con algunas al comportamiento, pero no logran una clara descripción. Se cree que está en relación con la dificultad para comprender la enfermedad mental. Otras personas interpre-

tan el hecho como enfermedad mental (caso 3). Los síntomas, al parecer, no son criticados, pese a tener algunos casos crisis previas. El deseo de protección de los menores en algunos casos se asocia al desenlace fatal; en otros casos, hay evidente rechazo al menor.

El caso 4 presenta una negación psicótica de la enfermedad mental y de los hechos que no lograron ser esclarecidos por familiares o juzgado; se manifestaba una referencia vaga a síntomas somáticos. En general, la dimensión temporal ubica el evento en tiempo de crisis y en algunos casos se logra una descripción de enfermedad gracias a la diferencia introducida por el tratamiento. La noción de síntoma es posterior a los hechos. Existen síntomas de alucinaciones auditivas en 3 casos (2, 6 y 8), ansiedad y miedo en tres (1, 6, 7).

Existe una clara dimensión temporal en todos los casos, salvo en uno, en el cual existió negación psicótica.

3. *Relación entre variables*

Los signos y los síntomas son interpretados aun al momento de la entrevista como aislados, extraños. Su integración con el concepto de trastorno mental no se estableció y en algunos casos no se establece todavía. Las alucinaciones de comando no fueron comunicadas, quizás por el contenido mismo; por otro lado, la ansiedad y los elementos de despersonalización y desrealización

fueron evidentes. La referencia a la enfermedad física es más aceptada. No se integraron las experiencias previas de enfermedad mental en las pacientes que las tuvieron y no se comunicaron.

Al parecer, cuanto más psicótico el episodio, más difícil es reconocer la experiencia e integrarla. No hay un patrón único frente a los síntomas. El bebé es involucrado, pero al ser en la esfera afectiva, no fue reconocida como enfermedad.

4. *Revisión de los datos*

El no reconocimiento de los signos y de los síntomas depende de la novedad de las experiencias, de las explicaciones dadas por el entorno y de la existencia de enfermedad mental en la paciente o su familia.

5. *Posibles explicaciones*

No hay representación clara de enfermedad mental en las mujeres de la muestra. Hay censura a sentimientos filicidas en las madres, los cuales no pueden comunicarse o éstos son inefables. Las mujeres que tuvieron crisis previas no lograron integrarlas ni se trabajaron adecuadamente para establecer factores de protección. La gravedad del evento traumático puede interferir con procesos de procesamiento de información y de memoria, tal como ocurre en el estrés postraumático.

6. *Conceptualización más general*

La enfermedad mental no tiene clara representación cultural. Los

sentimientos asociados a la maternidad no tienen clara verbalización. Algunos no pueden expresarse por el horror que supone que la madre desee o piense matar a sus hijos. Las representaciones culturales colocan a la madrastra como figura escindida de los deseos filicidas maternos.

7. *Formulación tentativa de nuevas hipótesis*

El filicidio es un acto brusco, no planeado; por lo tanto, no es integrado previamente para comunicarlo ni es integrado posteriormente para lograr la percepción de riesgo.

Couvade

1. *Selección de datos contenidos en la categoría*

“Le dieron a él (esposo), se manchó la cara (le dieron) trastornos”.

2. *Descripción*

En el caso 1 se define la existencia de fenómeno de *couvade* o *covada*, donde existen “respuestas físicas y psicológicas miméticas del embarazo que experimentan algunos hombres durante la gestación de su compañera” (25). La paciente relata que los síntomas de embarazo (cloasma) son una manifestación que el autor no ha encontrado descrita en la literatura médica como identificación con los síntomas de la compañera por parte del hombre. Si es frecuente en algunas culturas la aparición de síntomas digestivos y autonómicos.

3. *Relación entre variables*

El vínculo con el padre de 3 de los menores, al parecer, fue intenso, evidenciado por la identificación con los síntomas del embarazo por parte del esposo, quien posiblemente tuviera rasgos histéricos. A mayor identificación, mayor sería la agresión del asesinato de sus hijos, en forma vengativa, como en el caso de Medea.

4. *Revisión de datos*

La *couvade* es un fenómeno ampliamente extendido, pero solamente ritualizado en algunas culturas primitivas en Colombia. La paciente o su esposo no pertenecen a una de las minorías étnicas en las cuales se presenta y acepta. Informalmente este tipo de respuestas se aprecia más extendidamente que lo que se cree.

5. *Posibles explicaciones*

Como se ha dicho, es un fenómeno identificatorio con rasgos histéricos del compañero, asociado posiblemente a envidia por la condición de embarazo, como lo explica Karen Horney.

6. *Conceptualización más general (patrón cultural)*

Es un fenómeno asociado al pensamiento primitivo, que no encaja plenamente en los datos aportados por la paciente. Curiosamente, la mujer presentaba amnesia que comprendía varios años y el recuerdo del esposo era fragmentario.

7. *Formulación tentativa de nuevas hipótesis*

El filicidio es un acto de venganza o agresión contra el hombre, desplazado para destruir un vínculo importante del esposo, aún más si se trata de tres hijos varones.

8. *Búsqueda de nuevos hallazgos en los datos*

La paciente tuvo un hijo más. Éste no fue asesinado, pero fue dado en adopción a la hermana de la paciente, de alguna manera también se desconoce y destruye.

Este tipo de *covada* es extraño en la muestra; en general, los padres no se identificaron con las madres ni le dieron lugar al hijo.

(9,27-34). Al momento del filicidio tienden a tener uniones vigentes y alejamiento del núcleo primario.

El filicidio de una niña tiene elementos de tipo altruista con elementos de identificación con la propia vida, al liberar a la menor de una existencia de sufrimiento; por el contrario, el filicidio de un niño tiene elementos de agresión contra el hombre abandonador y maltratador (padre o pareja).

En la muestra, el filicidio no puede entenderse como resultado de un único trastorno mental, ya que se presentaron condiciones de tipo psicótico crónico o trastorno bipolar. Merece especial atención la existencia de trastornos del eje II, tanto trastornos de la personalidad como de retardo mental. El MMPI de las pacientes de la muestra no mostró un perfil único, aunque apoyó estudio previo (21) de mayor tendencia a mostrar aumento en las escalas 6-8 en 3 de 6 casos.

Existe un patrón de concordancia, no tanto en el diagnóstico clínico, sino en las historias de vida, que muestran elementos crónicos familiares y relacionales: falta de uno o ambos padres o dificultades en la relación con los hombres, principalmente.

En los aspectos judiciales se observa que existe dilación en los términos, falta de coordinación del sector judicial con el sector salud y con la institución donde se mantienen las pacientes como medida de seguridad, todo lo cual dificulta el

Conclusiones

*Sólo una cosa no hay,
es el olvido.*

Jorge Luis Borges (26)

La muestra presentada de mujeres filicidas tiene características particulares, en cuanto a ser de estrato socioeconómico bajo, tener escasa escolaridad, dependencia de la figura masculina y devaluación de la femenina, pérdida de uno o de ambos padres previa al filicidio y con apoyo familiar posterior al hecho. Todas las mujeres, salvo una, tuvieron buena relación con sus propias madres. Las filicidas de la muestra presentan una edad mayor a la reportada en muestras de otros países

proceso terapéutico. Tampoco se logra que al cambiar la medida de seguridad por libertad vigilada las mujeres tengan el control ambulatorio psiquiátrico, y de esa forma se pierde el control. Esto se evidenció en la pérdida de casos para ser incluidos y crisis por falta de control y adherencia al tratamiento.

La declaración de inimputabilidad entorpece aún más el proceso de elaboración del duelo y, en ocasiones, su sustentación parece escasa. El acto filicida no es elaborado adecuadamente y se instauran en algunos casos el secreto familiar, el pacto de no hablar sobre el hecho y la desexualización de la mujer. La familia puede reorganizarse, pero no integrar el hecho. El acto filicida reúne a la familia de origen o afianza los vínculos, aunque produce generalmente el alejamiento del compañero. El secreto es un mecanismo que utiliza la paciente, su familia, el sistema judicial y de salud para intentar olvidar un hecho siempre presente e históricamente censurado.

Existen dos patrones de respuesta familiar ante el hecho: la vuelta al núcleo familiar primario cuando hay abandono del compañero y la vuelta al núcleo secundario cuando hay más de un hijo sobreviviente o cuando hay elementos de culpa del padre en el filicidio.

El único caso de neonaticida difiere del perfil de la literatura médica (9), por tratarse de una mujer mayor de edad, múltipara, no religiosa y con adecuada relación con

la madre. El tipo de delito involucra formas violentas y no violentas, así como la posibilidad de asesinato de uno o de varios hijos. No hay un perfil único de la forma de filicidio ni tampoco del menor víctima. Hay, en cambio, predominio de los métodos de asesinato violentos.

En la muestra, el hombre decide si reconoce o no al hijo y el rol de madre puede delegarse a familiares. No hay sustituto claro del rol paterno. Los hijos pertenecen a la madre y ésta puede incluso decidir si el hijo vive.

El acto filicida no es extraño completamente a la paciente o a su familia. Existen sentimientos más o menos explícitos y reconocidos de rechazo e incluso de filicidio previos por parte del padre o de la madre.

Los antecedentes de enfermedad mental tanto familiares o personales no son adecuadamente tenidos en cuenta por la paciente o su familia para asegurar mayor vigilancia y cumplimiento de tratamiento; no hay una noción de peligro previa a los hechos ni posterior a ellos. Ninguna paciente se percibe como peligrosa, además hay dificultad en integrar el concepto de riesgo cuando existe una declaración de inimputabilidad. Esta última coloca a la paciente, a su familia y al equipo terapéutico en posición paradójica: paciente judicializada, rea, hospitalizada, etc., y complica la elaboración del duelo y las medidas terapéuticas a largo plazo.

Las concepciones mágicas-culturales tienden a desculpabilizar y

a entorpecer el proceso de duelo, la introspección y la prospección adecuadas. Las creencias religiosas pueden o bien inducir al filicidio, ya que el grupo religioso puede no entender los síntomas y facilitar el *acting out* psicótico, o bien darle un sentido de liberación en la reedición de la muerte del hijo (Cristo) en cada acto litúrgico o la concepción del menor como un ángel.

En las historias de las pacientes y sus familias existen formas diversas de maltrato: no reconocimiento del padre, abandono, maltrato físico, abuso sexual, embarazos no deseados, unidos a condiciones socioeconómicas precarias, baja escolaridad e imagen devaluada del ser mujer.

No hay una adecuada elaboración de duelo. Los mecanismos más usados son la disociación, que no permite a la mujer pensarse culpable, ni hay narrativa completa de los hechos ocurridos, pues priman los relatos fragmentados. En otros casos, una pobre racionalización deja el acto en manos de Dios y el destino. No hay clara noción de riesgo, incluidos los aspectos de reproducción: 3 pacientes a la fecha del estudio tuvieron embarazos posteriores al filicidio.

Se observan elementos altruistas y liberadores en algunos filicidios; otros parecen ser la culminación de maltrato crónico. Pese a la gravedad de los hechos, o quizás por ello, no hay adecuado entendimiento de la enfermedad mental o del tra-

tamiento, tanto por parte de la paciente como de su familia.

Es necesario tener en cuenta, para efectos de prevención y manejo de casos, que, independientemente del diagnóstico en el eje I, se debe prestar mayor atención a las mujeres con trastorno del eje II, es decir, trastornos de la personalidad, particularmente del polo dramático y retardo mental. No se debe pensar que el filicidio es cosa de adolescentes únicamente.

En la esfera de la salud pública, podemos prever que se deben realizar esfuerzos para trabajar más juiciosamente en la mujer con enfermedad mental establecida y con antecedentes de síntomas psiquiátricos no tratados, hijos en riesgo, pobre red de apoyo, y realizar seguimiento a los casos. Se debe pensar más en este desenlace fatal cuando se piense en salud mental de mujeres en edad reproductiva.

El riesgo de los hijos no se limita al período puerperal, tampoco se limita a los hijos menores. Por más psicótico que sea el acto, existe selectividad a la hora de elegir el menor que es asesinado.

En la muestra presentada no existen indicios de selectividad según género del menor, aunque una paciente asesinó a cuatro de los seis varones. Se debe profundizar en elementos que sugieren que el asesinato de las hijas se realiza por identificación, y el de los hijos, por venganza contra la figura masculina. El asesinato de un menor se da por

una conjunción de factores del menor, la madre, el padre del menor y la familia.

Lo anterior nos lleva a preguntar sobre la necesidad de evaluar los factores de riesgo de la familia, del padre del menor y de la red de apoyo social que no contienen los impulsos filicidas de las madres. Se reconocen en la presente investigación limitaciones y sesgos por tener en cuenta el punto de vista de la mujer filicida en un contexto institucional y legal.

De realizarse programas de prevención e intervención estructurados para el filicidio, se debe tener en cuenta que la negación y disociación ante este problema nos incluye a todos y que estos programas deben evitar las implicaciones causales lineales y ubicar el hecho en el sistema ampliado.

Referencias

1. Rivera Jiménez O. Interpretación clínica y psicodinámica del MMPI. Bogotá: Diana; 1987.
2. Brozovsky F. Neonaticide: clinical and psychodynamic considerations. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1971;10:673-83.
3. Finnegan P, McKinstry E, Robinson GE. Denial of pregnancy and childbirth. *Can J Psychiatry*; 1982;27(8): 672-5.
4. Centres for Disease Control and Prevention. Variation in homicide risk during infancy. United States 1989-1998 MMNR. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2002; 51:187-9.
5. Gallego Badillo R. El discurso constructivista en las ciencias sociales. Bogotá: Magisterio; 1997.
6. Slayton S. Psychotic denial of third-trimester pregnancy. *J Clin Psychiatry*. 1981;42:471-3.
7. Overpeck MD, Brenner RA, Trumble AC, Trifiletti L, Berendes HW. Risk factors for infant homicide in the United States. *N Engl J Med*. 1998;339(17):1211-6.
8. Miller L, editor. *Postpartum mood disorders*. New York: American Psychiatric Press; 1999.
9. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry*. 2001 May;158:811-3.
10. Ministerio de Salud de Colombia. *Procedimiento para internación de inimputables*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 2000.
11. Rank O. *El mito del nacimiento del héroe*. Buenos Aires: Paidós; 1961.
12. Harris M. *El gen egoísta*. Barcelona: Biblioteca Científica Salvat; 1986.
13. Resnick PJ. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry*. 1979;126:58-64.
14. Helfer R y Kempe C. *The battered child*. Chicago: The University of Chicago Press; 1968.
15. Bureau of Justice Statistics. Disponible en: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/cuit.htm>.
16. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered child syndrome. *JAMA*. 1962;181:17.
17. <http://sids-network.org/index.htm>.
18. Overpeck MD, Trumble AC, Berendes HW, Brenner RA. Comment in *N Engl J Med*. 1999 March 18;340(11): author reply 895-6.
19. Freud S. *Obras completas*. Buenos Aires: Aguilar; 1986.
20. Restrepo G. Pérdida perinatal. En: *Afrodita y Esculapio*. Bogotá: Nuevo Milenio; 1999.
21. McKee GR, Shea SJ, Mogy RB, Holden CE. MMPI-2 profiles of filicidal, mariticial, and homicidal women. *J Clin Psychol*. 2001;57(3):367-374.
22. Brockington IF, Martin C, Brown GW, Goldberg D, Margison F. Stress and puerperal psychosis. *Br J Psychiatry*. 1990;157:331-4.
23. www.catholicenciclopedia.com.
24. Guevara RD. Reflexiones sobre la cultura y la agresión al menor indígena. *Rev Col Psiquiatría*. 1993 Jun;22(2).
25. Masters W, Johnson V, Kolodny R. *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo; 1986.

26. Borges JL. Antología personal. Buenos Aires: Aguilar; 1982.
27. Rousseau JJ. Confesiones. Madrid: Altaya; 1989.
28. Herman-Giddens ME, Smith JB, Mittal M, Carlson M, Butts JD. Newborns killed or left to die by a parent: a population-based study. JAMA. 2003 Mar 19; 289(11):1425-9.
29. Mendlowicz MV, Jean-Louis G, Gekker M, Rapaport MH. Neonaticide in the city of Rio de Janeiro: forensic and psychological perspectives. J Forensic Sci. 1999 Jul;44(4):741-5.
30. Spinelli MG. Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill. Washington: American Psychiatric Press; 2003.
31. West S. Risk factors for infant homicide [letter]. N Engl J Med. 1999;340(11): 895-7.
32. Goldstein R. [Letter]. N Engl J Med. 1999;340(11):895-7, march 18, 1999.
33. Carnall D. Website of the week. Br Med J. 1994 Oct 22;309:1096-7.
34. McKee GR, Shea SJ. Maternal filicide: a cross-national comparison. J Clin Psychol 1998 Aug;54(5):679-87.
10. Código Penal Colombiano. Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/penal.html>.
11. DeMause L. The formation of the american personality through psychospeciation en Foundations of Psychohistory. Disponible en: <http://www.psychohistory.com/index.html>.
12. Durán Robles L, Carreño MI. Principios de psiquiatría forense. 3rd ed. Bogotá: Señal Editora; 1999.
13. Enciclopedia Lexis/22 Vox. Barcelona: Círculo de Lectores; 1976, tomo 13.
14. Eurípides. Medea. En: Tragedias griegas. Bogotá: Oveja Negra; 2000.
15. Foerster H von. Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa; 1996.
16. Frazer JG. La rama dorada. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 1987.
17. Gaviria J. Enfoque psiquiátrico del trastorno mental como fuente de inimputabilidad. Rev Col Psiquiatría. 1982;11(1).
18. Giraldo. La violencia, su relación con el niño: implicaciones psíquicas. Rev Col Psiquiatría. 1993 Dic;22(4).
19. Gómez Dávila N. Escolios a un texto implícito. Bogotá: Procultura; 1986.
20. Gutiérrez de Pineda V. Familia y cultura en Colombia. Bogotá: Procultura; 1982.
21. Hesiodo. Los trabajos y los días. Editorial Iberia, Barcelona, 1971.
22. Hostetter AL, Stowe ZN. Postpartum mood disorders: psychiatric illness in women. Washington: American Psychiatric Publishing; 2002.
23. <http://www.cf.ac.uk/hisar/teach/ancthist/projects/children>.
24. <http://www.derechos.org>
25. <http://www.gendercide.org>.
26. <http://www.wikipedia.com>.
27. Jason J, Gilliland JC, Tyler CW. Homicide as a cause of pediatric mortality in the United States. Pediatrics. 1983;72:191-7.
28. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Macmillan; 1969.
29. Laverde Rubio E. Psicosis postparto y conflicto filicida. Rev Col Psiquiatría. 1984; 13(4).
30. Macías A, Infante L, Rivera S, Riaño C. Impacto del episodio depresivo en la dinámica familiar de 16 mujeres pacientes de la Clínica La Inmaculada. Bogotá: Universidad de la Salle; 2001.

Bibliografía complementaria

1. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. Child Abuse Negl. 2000 Dec;24(12): 1543-55.
2. American Psychiatric Association. DSM IV-TR. Barcelona: Masson; 2002.
3. Aray J. El aborto: estudio psicoanalítico. Caracas: Monte Ávila; 1986.
4. Aray J. Momentos psicoanalíticos. Caracas: Monte Ávila; 1991.
5. Bettelheim B. Psicoanálisis de los cuentos de hadas. Barcelona: Crítica; 1977.
6. Biblia. Versión Eloíno Nácar Fuster y Alberto Colunga. Madrid: Editorial Católica; 1967.
7. Bonilla-Castro E, Rodríguez-Sehk P. Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. 2nd. ed. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2000.
8. Boswell J. La misericordia ajena. Barcelona: Muchnick; 1999.
9. Código de Procedimiento Penal. Disponible en: <http://fmc.encolombia.com/derecho/derecho.htm>.

31. Maturana H. El árbol del conocimiento. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile; 1988.
32. Mc Goldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa; 1998.
33. Mead M. Sexo y temperamento. Barcelona: Altaza; 1994.
34. Navarro Góngora J, Beyebach M. Avances en terapia familiar sistémica. Buenos Aires: Paidós; 1995.
35. Oberman M. Mothers who kill: coming to terms with modern american infanticide. *Am Crim Law Rev.* 1996;34:1-110.
36. Ochoa de Alda I. Fundamentos de terapia sistémica. Barcelona: Herder; 1998.
37. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. London: BMJ Books; 2000.
38. Quinn Patton M. Qualitative evaluation and research methods. 2nd ed. Newbury Park (USA): Sage; 1990.
39. Raskovsky A. El filicidio: la agresión contra el hijo. Barcelona: Paidós; 1981.
40. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 21th ed. Madrid: Espasa Calpe; 1992.
41. Sampath K. India rights campaign for infanticide mothers. *BBC news* 2003-07-17.
42. Sampedro Arrubla JA. Estado social y democrático de derecho y la inimputabilidad. Bogotá: CEJA; 1997.
43. Skinner BF. Más allá de la libertad y la dignidad. Barcelona: Biblioteca Científica Salvat; 1987.
44. Sluzki C. La red social: frontera de la práctica sistémica. Buenos Aires: Gedisa; 1998.
45. Sotomayor Tribín H. Dolor, sacrificios humanos, infanticidio y crianza invertidas en Colombia prehispánica. *Rev Col Psiquiatría.* 1992 Dic;21(4).
46. Spinelli M G. Infanticide in the United States: witch hunt or scientific probe? APA Annual Meeting. May 30, 1998. Toronto, Canada.
47. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for the antepartum depression: a controlled trial. APA Annual Meeting. May 5, 2001. New Orleans, USA.
48. Stanton J, Simpson A, Wouldes T. A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse Neg.* 2000;24(11): 1451-60.
49. Stanton J, Simpson A. Murder misdiagnosed as SIDS: a perpetrator's perspective. *Arch Dis Child.* 2001;85:454-9.
50. Stroud J. European child homicide studies: quantitative studies and a preliminary report on a complementary quantitative research approach. *Social Work in Europe.* 2001;7(3):31-7.
51. Süskind P. El perfume: historia de un asesino. Bogotá: Seix Barral; 1986.
52. Torres N, De la Espriella R, Pradas C, Santacruz C de. Estereotipos masculino y femenino en manifestaciones culturales. Bogotá: Universidad Javeriana; 1990.
53. Watzlawick P, Jackson DD, Beavin J. Cambio. Barcelona: Herder; 1987.
54. Wissuw L. Infanticida [Editorial]. *N Engl J Med.* 1998;339(17):1239-41.

Recibido para evaluación: 20 de enero de 2006
Aceptado para publicación: 23 de marzo de 2006

Correspondencia
Ricardo de la Espriella
Calle 13 No. 68F-25
Bogotá, Colombia
respriella@cllapaz.com.co