

E.L. Gómez-Durán¹
M.I. Carrión¹
A. Xifró²
C. Martín-Fumadó²

Características clínicas y consecuencias legales del comportamiento violento: un caso de trastorno bipolar

¹Centres Assistencials Emili Mira i López

²Institut de Medicina Legal de Catalunya.

La cuestión principal en derecho penal es la responsabilidad criminal. Desde este punto de vista podemos señalar que en ocasiones el trastorno bipolar es el gran olvidado. Este trastorno puede afectar a la capacidad de decisión dentro del espectro contemplado por la ley, especialmente cuando los síntomas maniacos y psicóticos están presentes. Este caso estudia a una mujer de 37 años, diagnosticada de trastorno bipolar, que atacó a la vecina de su exmarido durante un episodio maniaco con síntomas psicóticos. Dos tipos de estos síntomas psicóticos merecen una especial mención: ideación de perjuicio y vivencias de pasividad/influencia corporal e inserción del pensamiento (síntomas de amenaza y control externo). La hostilidad hacia su exmarido también se considera relacionada con la agresión. Los investigadores han descrito todos estos síntomas como predictores importantes de violencia y tienen implicaciones médico-legales determinantes.

Palabras clave:

Trastorno bipolar, síntomas de amenaza/pérdida del control, repercusiones legales, responsabilidad criminal.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(6):374-6

Clinical characteristics and legal consequences of violent behavior: a case of bipolar disorder

The main subject of criminal proceedings is that of criminal responsibility, from this point of view bipolar disorders sometimes seem to be a neglected subject in legal scholarship. Yet they may affect decision-making across the spectrum of the law, especially when manic and psychotic symptoms are implicated. This case studies a 37-year-old woman, diagnosed with bipolar affective

disorder, who attacked the neighbour of her ex-husband during a manic episode with psychotic symptoms. Two groups of those psychotic symptoms are especially remarkable: delusions and experiences of influences playing on her body and thought insertion (threat/control-override symptoms). Hostility against her ex-husband was also implicated in the attack. Researchers have pointed all those symptoms as important predictors of violence, and they have determinant legal correlates.

Keywords:

Bipolar disorder, threat/control-override symptoms, legal correlates, criminal responsibility.

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, de difícil diagnóstico en su evolución inicial¹, supone una importante afectación en la calidad de vida de los pacientes² con un elevado riesgo de complicaciones médico-legales, más claramente durante los episodios maniacos. Quanbeck³ identificó cuadros maniacos en el momento de la detención hasta en un 74,2% de presos con trastorno bipolar tipo I y síntomas psicóticos en el 59%. La existencia de éstos síntomas en pacientes psiquiátricos ha sido clásicamente considerada un indicador de gran poder predictivo de violencia^{4, 5}. Taylor⁶, en población psiquiátrica penitenciaria, interrogó sobre las razones para las conductas realizadas y encontró que el hecho de que el paciente se sintiera dirigido en la conducta cometida por sus síntomas psicóticos, con frecuencia fenómenos de pasividad corporal, se asociaba a una mayor violencia. Link y Stueve^{5, 7} señalaron un cluster de síntomas especialmente asociado a violencia, los denominados síntomas threat/control-override (TCO) que describen la creencia delirante de peligro inminente causado por otros y toma del control de los pensamientos, sentimientos, movimientos y acciones por fuerzas externas, mediante control/inserción del pensamiento o pasividad corporal. Sus resultados han sido repetidamente confirmados^{7, 8}, si bien Junginger⁹ describe la motivación delirante como algo in-

Correspondencia:

Dra. EL Gómez Durán
Recinto Torribera

Prat de la Ribera, 171

08921 Sta. Coloma de Gramenet (Barcelona).

Correo electrónico: elgomezduran@gmail.com

frecuente y Appelbaum¹⁰ cuestiona la asociación entre los delirios en general y los síntomas TCO en particular con un riesgo mayor de conducta violenta, relacionando los hallazgos previos con limitaciones metodológicas. Estudios posteriores sobre esquizofrenia continúan relacionando la violencia con la confusión/desorganización¹¹, síntomas de la subescala positiva de la PANSS¹² y en violencia severa síntomas de amenaza¹².

Teniendo en cuenta el riesgo de conductas delictivas en pacientes con trastorno bipolar en fase maniaca, la frecuencia de síntomas psicóticos en el momento de la detención³ y el que la motivación para cometer actos violentos podría ser en muchos casos psicótica⁶, cobra especial importancia la valoración las facultades cognoscitivas y volitivas en el momento de la comisión de un hecho delictivo por estos pacientes como acercamiento al término jurídico de imputabilidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 37 años de edad traída a urgencias para valoración, detenida por haber agredido con sosa cáustica a una desconocida.

Antecedentes de interés

Padre con cuadro depresivo. Destacan las dificultades en las relaciones con iguales en el medio escolar y unos estudios primarios con muy mal rendimiento académico. Refiere episodios de tristeza y de hipertimia desde la infancia, comenzando sobre los 20 años las alteraciones conductuales (irritabilidad y heteroagresividad) y los episodios de manía con fenómenos de lectura del pensamiento que duran aproximadamente una semana y que se alternan con episodios de 4-6 meses de sintomatología depresiva con vivencias de perjuicio. La familia señala su interés por temas esotéricos con frecuentes verbalizaciones de "mal de ojo". Contrajo matrimonio y tuvo un hijo, realizando una sobre ingesta medicamentosa intencional en el puerperio y presentando durante el matrimonio vivencias de perjuicio hacia el marido así como la creencia delirante de que le era infiel, separándose a los 34 años.

Realizó seguimiento psiquiátrico los últimos 6 años únicamente durante los episodios depresivos y al ingreso tomaba de forma irregular cloracepato (10 mg/día) y sertralina (100 mg/día).

Enfermedad actual

La familia en el último mes la veía triste, con llanto frecuente y en las últimas semanas más irritable, con aumento de las actividades, insomnio y episodios de heteroagresivi-

dad hacia objetos. La paciente refiere "mal de ojo" por unas vecinas y relata alteraciones conductuales secundarias. Se había programado cita urgente con su psiquiatra.

El día previo al ingreso tomó un tren y recorrió más de 1.000 Km hasta Barcelona, donde había vivido durante su matrimonio. Describe el viaje como involuntario, "como una autómatas", refiere que intentó bajarse pero no podía. Le había ocurrido en otras ocasiones: nota un peso sobre los hombros que anula su voluntad y empieza a tener pensamientos que no reconoce como propios, hace y dice cosas que no desea. Al llegar compró sosa cáustica, llamó a la puerta de una desconocida y le arrojó el cáustico. Niega motivación alguna para esta agresión y lo vivencia todo como impuesto ("son más fuertes que yo, se han salido con la suya").

Exploración al ingreso y evolución

Hipervigilante, suspicaz, con ansiedad flotante elevada y afectividad restringida. Interpretaciones delirantes e ideación delirante de perjuicio, fenómenos de pasividad corporal, de inserción del pensamiento, transitivismo y ceneptopatías. Negaba ideación autolítica o heteroagresiva. Presentaba insomnio e hiporexia. De forma progresiva se apreció un distanciamiento de la ideación delirante y de las alteraciones de la vivencia del yo con 20 mg de cloracepato y 6 mg de risperidona al día, que se retiró por sintomatología extrapiramidal, introduciéndose olanzapina a dosis de 20 mg al día. Coincidiendo con el cambio del tratamiento presentó un cuadro hipomaniaco con alteraciones conductuales, iniciándose valproato hasta 1500 mg al día con una buena respuesta. Se realizó analítica, ECG y valoración por neurología sin alteraciones significativas, siendo el análisis de tóxicos negativo. Al alta se encontraba eutímica y sin alteraciones conductuales. Se establece el diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I, episodio más reciente maniaco (296.4).

Aspectos médico-legales

La paciente acude en calidad de detenida. Se realiza internamiento involuntario. Su exmarido reside con su nueva pareja en el mismo edificio que la agredida. El Juzgado dicta orden de alejamiento del domicilio de la agredida, del exmarido y de la pareja de éste. Se informa al Juzgado competente del alta. La imputada presta declaración ante el Juez y se acuerda su reconocimiento médico forense constatándose la estabilización de la sintomatología, persistiendo hostilidad hacia el exmarido y admitiendo cierta intencionalidad en la agresión realizada, creía que su exmarido vivía allí. La motivación para la agresión resultaba delirante: sus vecinas dominaban su voluntad mediante magia negra, introducían pensamientos imperativos en su mente, llevándola a vengarse de supuestas infidelidades ocurridas durante el matrimonio ("notaba físicamente cuando estaba con otra"). Se esti-

mó que la conducta delictiva configuraba la manifestación de la psicopatología que presentaba y se consideraron sus facultades cognoscitivas y volitivas como anuladas en relación a los hechos. Se recomendó el tratamiento psiquiátrico, pudiendo ser ambulatorio mientras se garantizase el control del riesgo de reiteración de conductas heteroagresivas.

CONCLUSIONES

El cuadro presentado por la paciente cumple criterios DSM-IV TR para Trastorno Bipolar tipo I con episodio más reciente maniaco. Durante el ingreso se evidenciaron factores psicopatológicos que se han relacionado con conductas violentas, especialmente síntomas TCO (ideación delirante de perjuicio hacia el exmarido, fenómenos de pasividad corporal e inserción del pensamiento y transitivismo). Tratándose de sintomatología psicótica directamente relacionada con la agresión, se considera que existió una afectación total de las bases psico-biológicas de la imputabilidad en relación con los hechos.

BIBLIOGRAFÍA

- López Castromán J, Baca García E, Botillo Martín C, Quintero Gutiérrez del Álamo J, Navarro Jiménez R, Negueruela López M, et al. Errores de diagnóstico y estabilidad temporal en el trastorno bipolar. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(4):205-9.
- Montes JM, Saiz J, de Dios C, Ezquiaga E, García A, Argudo I, et al. Perfil de los pacientes ambulatorios con trastorno bipolar: un estudio transversal en la Comunidad de Madrid. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36(5):277-84.
- Quanbeck CD, Stone DC, Scout CL, McDermott BE, Altschuler LL, Frye MA. Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest. *J Clin Psychiatry* 2004;65:198-203.
- Krakowski M, Jaeger J, Valavka J. Violence and psychopathology: a longitudinal study. *Compr Psychiatry* 1988; 29:174-81.
- Link B, Andrews H, Cullen FT. The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *Am Sociol Rev* 1992;57:275-92.
- Taylor PJ. Motives for offending among violent and psychotic men. *Br J Psychiatry* 1985;147:491-8.
- Link BG, Stueve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/control-override" symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(Supl 1):S55-60.
- Swanson JW, Borum R, Swartz MS, Monohan J. Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Crim Behav Ment Health* 1996;6:309-29.
- Junginger J, Parks-Levy J, McGuire L. Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatr Serv* 1998;49(2):218-20.
- Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry* 2000;157(4):566-72.
- Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003;54(7):1012-6.
- Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(5):490-9.
- Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophr Bull* 2004;30(1):31-44.