

Análisis de perpetradoras de filicidio. Estudio de dos casos

Filicide perpetrators'. Study of two cases

Resumen

El filicidio se define como la muerte dada por un padre o una madre a su hijo, situación compleja que genera gran impacto y múltiples repercusiones sociales. Se presentan dos casos, ambas de sexo femenino, de 23 y 32 años de edad, respectivamente, que fueron evaluadas en el Instituto de Medicina Legal en La Habana por ser autoras de la muerte de sus hijos. En relación al hecho, la primera evaluada refirió "mi cabeza tenía deseos de hacer lo que hice, pero que nos fuéramos los tres juntos, lo intenté pero no pude", mientras la segunda afirmó "que no sabía por qué actuó de esa forma". Se muestran resultados de evaluación neuropsicológica, exámenes electrofisiológicos y psicofisiológicos, junto a un resumen de la evaluación psiquiátrica realizada. Se recomienda asociar estos estudios a la evaluación clínica forense, para incrementar la objetividad de los diagnósticos emitidos por peritos.

Palabras clave: Filicidio. Electroencefalograma. Evaluación neuropsicológica. Respuesta simpática de la piel.

Abstract

Filicide is defined as the act of a parent killing her/his child. It is a complex situation that generates great impact and multiple social repercussions. We present two cases, both of the female gender of 23 and 32 years respectively that were evaluated in the Legal Medicine Institute on Havana, to be authors of the death of their children. In relation to the fact the first evaluated referred "my head had desires to make that I made, but that we left the 3 together, I attempted it but I was not able to", while the second affirmed that "she didn't know because it acted in that way". Results of the neuropsychological, electrophysiological and psychophysiological assessments are shown, and result to psychiatric evaluation. It is recommended to associate all these studies to the forensic clinical evaluation, to increase the objectivity of the diagnoses emitted by forensic experts.

Key words: Filicide. Electroencephalogram. Neuropsychological assessment. Sympathetic skin response.

Introducción

El término "filicidio" (del latín *filius*, hijo, y *cidium*, *cide*, matar) está definido como "muerte dada por un padre o una madre a su hijo". Se cataloga como neonaticidio la muerte de un hijo en las primeras 24 horas, e infanticidio cuando el niño tiene entre 1 día y 1 año¹. En general, filicidio queda reservado para niños con rangos de edades entre 1 y 18 años, subdividiéndose en tipo temprano cuando incluye las edades de 1 a 12 años y tipo tardío más de 13 años¹.

Desde las sociedades más antiguas existen reportes relacionados con este tipo de hechos^{2,3}. Las causas para provocar la muerte a los hijos han sido muy diversas a lo largo de la historia, y han incluido desde considerarlo un método de control de la población, ilegitimidad del hijo, incapacidad de la madre para hacerse cargo del cuidado del menor, presencia de malformaciones congénitas, y las supersticiones y rituales de sacrificio^{2,3}. No obstante, esta situación continúa generando gran impacto y múltiples repercusiones sociales. El filicidio no siempre se

A. Calzada Reyes¹
Y. Acosta Ymas²
M. Acosta González³
V. Gómez Sánchez³
Y. Caballero García³

¹Especialista en 1º y 2º Grado en Fisiología Normal y Patológica (con dedicación a la Neurofisiología Clínica), Profesora Auxiliar, Instituto de Medicina Legal, Habana, Cuba.

²Máster en Neurociencias, Centro de Neurociencias de Cuba, Habana, Cuba.

³Especialista en 1º Grado en Psiquiatría, Instituto de Medicina Legal, Habana, Cuba.

Correspondencia:

Ana Calzada Reyes
Instituto de Medicina Legal
Avenida Independencia, 26
Plaza Vedado.
Habana. Cuba. CP10600
E-mail: anacalz@infomed.sld.cu

Fecha de recepción:
03. AGO. 2013

Fecha de aceptación:
24. ENE. 2014

asocia a enfermedad mental, aunque la ocurrencia de trastornos psicóticos y afectivos en el puerperio se ha asociado a algunos casos. Este delito,afortunadamente, es poco frecuente en nuestro país y en general en todo el mundo^{4,5}.

La psicopatía se asocia a conducta criminal y para su diagnóstico se utiliza la escala de Hare (PLC-R)⁶. A pesar de ser un trastorno ampliamente estudiado, existen escasos reportes en la literatura que evalúen su presencia en autores de filicidio⁷. Sin embargo, rasgos distintivos de este trastorno, como el egocentrismo y la pérdida de empatía, pueden estar relacionados con el acto de ocasionar la muerte a los propios hijos.

En el estudio de la conducta de un autor de filicidio, si se pretende una aproximación científica a los mecanismos desencadenantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales, resulta indispensable un acercamiento multifactorial. Los avances de diversas ramas del conocimiento, que incluyen a las neurociencias, están permitiendo este propósito. En el presente artículo se presenta un análisis de la evaluación desde el punto de vista forense de dos mujeres que provocaron la muerte a sus hijos. Se describen resultados de evaluación psiquiátrica, neurofisiológica y neuropsicológica en ambos casos presentados.

Presentación de los casos

Caso 1

Se trata de un mujer de 23 años de edad, soltera, madre de dos niños menores de 5 años, con los cuales convivía y les provocó la muerte. No mantenía una adecuada relación con sus respectivos padres. En el momento del hecho se encontraba embarazada y resultó evidente su actitud irresponsable en sus relaciones sexuales íntimas, ya que no mantenía protección, no había asistido a captarse el embarazo, el cual resultó finalmente en un aborto a solicitud de la evaluada, argumentando que era otro hijo no deseado, pues la relación de pareja estaba rota. Sin vínculo laboral desde hace más de 4 años.

En la historia psicosocial de la evaluada destacan los siguientes elementos: desde pequeña consideró ser una hija no deseada, sintiendo por esto resentimiento y celos de sus dos hermanos. Nunca "sintió" amor maternal y reconoció como figura afectiva a su padre, a pesar de que sus padres se divorciaron cuando ella tenía 4 años. Se desarrolló en un medio familiar disfuncional, con un padrastro maltratador con todas en

la casa. Refirió haber sufrido maltrato, incluso físico, proveniente tanto de su madre como de su padrastro. Su desarrollo escolar en la enseñanza primaria fue adecuado; le gustaba de pequeña ser líder ante sus amigos. En el nivel secundario era una adolescente rebelde e impulsiva. Ha tenido entre cuatro y cinco parejas, de ellas considera tres como formales, y sus relaciones también han sido caracterizadas por maltrato.

Entre sus antecedentes se comprobó que estuvo ingresada en el año 2012, en la Sala de Psiquiatría de un Hospital General, por haber atentado contra su vida y la de sus menores, y se le diagnosticó un trastorno situacional ansioso.

En el examen mental de urgencia realizado el día de los hechos no se describen alteraciones psiquiátricas. Explica que estaba "cansada de pasar trabajo, que intentó matarse pero no pudo". Redactó tres notas que se dirigían a los padres de las víctimas y a su madre. Sobre el hecho refirió "mi cabeza tenía deseos de hacer lo que hice, pero que nos fuéramos los tres juntos, lo intenté pero no pude".

Caso 2

Se trata de una mujer de 32 años de edad, casada, con dos hijos, uno de ellos con una parálisis cerebral infantil, que después de mantener un embarazo oculto producto de una relación paralela a su matrimonio, sin haber recibido ningún tipo de atención prenatal, al término del período de gestación ella misma se hizo el trabajo de parto y ocasionó la muerte de su producto de la concepción.

En la historia psicosocial de la evaluada se recoge su procedencia de un hogar funcional localizado en una región rural. Su desarrollo escolar fue adecuado, estudió una carrera técnica y luego, siendo trabajadora, alcanzó el grado universitario. Su padre y su abuela tuvieron antecedentes de haber sido tratados por psiquiatras por presentar "problemas nerviosos".

Se recogen antecedentes de salud mental anterior, es decir, no necesitó de atención previa por la especialidad de Psiquiatría o Psicología, pues su comportamiento y desarrollo fueron normales, tanto en la infancia como en la adolescencia. No se realizó examen mental de urgencia, al no ser solicitado por las autoridades correspondientes.

Sobre el hecho aseguró que ella mantuvo la menstruación durante todo el embarazo y que no sabía que estaba embarazada hasta que se puso de parto, no sabe por qué actuó de esa forma y dejó morir a la niña.

Ambas evaluadas fueron remitidas a nuestra institución con el objetivo de realizar una evaluación psiquiátrica forense.

Metodología

Evaluación psiquiátrica

Se les realizó entrevista estructurada por parte de psiquiatras forenses y evaluación clinimétrica utilizando la escala de agresividad de Buss y Perry (*The Aggression Questionnaire*)⁸. Este instrumento evalúa cuatro formas de la conducta agresiva: agresividad física, agresividad verbal, ira y hostilidad. Brinda cinco posibles respuestas que se califican de 1 a 5 puntos, y que oscilan desde “no me caracteriza” hasta “me caracteriza totalmente”. La escala se califica de forma inversa, es decir, cuanto más alta sea la puntuación del individuo, menos agresivo será. El punto de corte es 77 puntos.

La escala de autoestima de Ronserberg (*The Self-esteem Scale*)⁹ constituye una de las escalas más utilizadas para la medición global de la autoestima, e incluye diez ítems cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad negativamente. La calificación se estructura de 1 a 3 puntos, donde 1 punto refiere “total desacuerdo”, 2 puntos “parcialmente de acuerdo” y 3 puntos “totalmente de acuerdo”. La puntuación oscila entre 10 y 30 puntos.

La escala de control de impulsos Ramón y Cajal (ECIR y C)¹⁰ es un instrumento de autoevaluación que califica la conducta impulsiva en un rango de 1 a 4 puntos. La puntuación se estructura de la siguiente forma: “siempre” 3 puntos, “a veces” 2 puntos, “casi nunca” 1 punto y “nunca” 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos.

La escala de psicopatía (PCL-R)⁶ está compuesta por 20 ítems y para obtener un diagnóstico fiable el entrevistador utiliza varias fuentes de información: realiza una entrevista semiestructurada al sujeto en cuestión, revisa su historial y sus antecedentes psiquiátricos y criminales, entrevista a sus familiares y a personas de su entorno, y observa su comportamiento. Cada uno de los 20 ítems recibe una puntuación en una escala de 3 puntos (0, 1 y 2), dependiendo de su aplicabilidad al entrevistado. La puntuación total puede variar entre 0 y 40 puntos, y refleja la medida en que el sujeto encaja en el perfil del prototipo del psicópata; 30 puntos constituyen el límite para la psicopatía⁶.

Se utilizó el 16 PF para evaluar la personalidad. El 16 PF es un cuestionario que evalúa la personalidad, el estilo característico de pensamiento, percepción y acción de una persona durante un tiempo relativamente largo y ante una amplia gama de situaciones diferentes, a través de 16 rasgos o factores. Estos rasgos de personalidad se manifiestan en un grupo de actitudes, preferencias, reacciones sociales y emocionales, así como en hábitos¹¹. Los 16 rasgos que evalúa la prueba son: expresividad emocional (A), inteligencia (B), estabilidad emocional (C), dominancia (E), impulsividad (F), apego a las normas sociales (G), sociabilidad (H), emotividad (I), confianza (L), actitud cognitiva (M), sutileza (N), seguridad en sí mismo (O), conservadurismo (Q1), autosuficiencia (Q2), autocontrol (Q3) y ansiedad (Q4)¹¹.

Evaluación neurofisiológica

Se registró un electroencefalograma (EEG) en condiciones basales en estado de vigilia, utilizando el equipo Medicid V y el programa Track Walker (Neuronic, S.A., Cuba), en el Laboratorio de Neurofisiología Clínica de la institución. Se registraron 3 minutos con los ojos cerrados, 2 minutos con los ojos abiertos, 3 minutos durante la hiperventilación y 2 minutos de recuperación. Se seleccionaron de 20 a 24 ventanas del estado de ojos cerrados, libres de artefactos, y se procedió al análisis cuantitativo del EEG en comparación con individuos de su misma edad y sexo que forman parte de la base de datos normativa cubana. Se calculó el espectro de frecuencia en cada una de las derivaciones y luego las medidas espectrales de banda ancha; el poder absoluto (PA), que representa la energía que contiene todo el EEG (PA total) o la contenida en una banda de frecuencia particular (delta, theta, alfa y beta); el poder relativo (PR), que no es más que la contribución de cada banda del EEG a la energía total del espectro; y la frecuencia media (FM), que se corresponde con los valores de frecuencia (en Hz) que constituyen el “centro de gravedad”, ya sea de una banda o bien de la totalidad del espectro. Se estimaron los generadores de la actividad lenta en la banda de frecuencia theta, utilizando el programa Localizador de Fuentes (Neuronic, S.A., Cuba) y el modelo bayesiano promediado¹², el cual permite encontrar la densidad de corriente primaria dentro del cerebro, sin estar condicionada en el modelo asumido.

Evaluación psicofisiológica

Se registró la respuesta simpática de la piel utilizando un diseño experimental conformado por 16 imágenes

neutras obtenidas a partir de imágenes estandarizadas del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS; *Center for the Study of Emotion and Attention-NIMH*, 1999)¹² y seis imágenes con contenido desagradable relacionado con niños pequeños.

El experimento fue diseñado con el programa Mindtracer (Neuronic, S.A., Cuba). Cada estímulo tenía una duración de 2000 milisegundos y el intervalo entre estímulos fue de 200.000 milisegundos. El registro se realizó con el equipo BioDerm Modelo 2701 y dos electrodos que se colocaron en la falange media de los dedos índice y medio de la mano dominante.

Este tipo de evaluación forma parte de un nuevo método para el estudio experimental de las emociones. Tiene la ventaja de emplear estímulos que pueden ser fácilmente presentados en contextos de laboratorio, tanto en formato analógico como digitalizado, permitiendo el control preciso de su momento y tiempo de exposición. El IAPS¹³ consiste en un conjunto estandarizado de imágenes en color con capacidad para evocar emociones y cuyos contenidos recorren un amplio abanico de categorías: deporte, moda, paisajes, desastres naturales, erotismo, violencia, etc. Además, facilita enormemente las tareas de selección y control de los estímulos. Cada imagen del IAPS posee un valor que ha sido normalizado en las dimensiones bipolares de valencia afectiva (con un rango que va desde lo agradable a lo desagradable) y el *arousal* o activación (cuyo rango oscila entre la excitación y la calma).

Batería de pruebas neuropsicológicas computarizadas

Se aplicaron un grupo de pruebas neuropsicológicas, desarrolladas por el Centro de Neurociencias de Cuba, con el objetivo de estudiar los siguientes procesos mentales:

- *Reconocimiento de expresiones emocionales*, prueba que evalúa la capacidad de un sujeto de reconocer las expresiones faciales. En ella se muestran una serie de fotos que varían gradualmente desde la expresión neutra, por la que se empieza, hasta la emoción estudiada (21 pasos). La habilidad en reconocer la emoción se mide por el número de pasos necesarios antes de que se identifique la emoción. Las expresiones utilizadas fueron asco, ira, tristeza y miedo.
- *Prueba de solución de conflictos*, que mide la capacidad para tomar decisiones en presencia de información contradictoria, lo cual es frecuente en situaciones de interacciones sociales.

- *La prueba de clasificación de cartas* mide la capacidad para organizar la conducta sistemáticamente sobre reglas y criterios que varían de un momento a otro, también típico de las interacciones sociales.
- *La prueba de las apuestas* mide la tendencia a adoptar decisiones arriesgadas, dentro de una simulación de un juego de cartas ficticio. El sujeto debe aprender a inhibir apuestas que a corto plazo son muy ventajosas, pero que encierran un riesgo muy grande de pérdidas de puntos en el juego. La incapacidad de aprender indica una tendencia al riesgo.
- *La prueba de formación de categorías* mide la capacidad de solucionar problemas, el razonamiento abstracto, la formación de conceptos y la flexibilidad para modificar estrategias mentales. Es una de las pruebas más usadas para detectar daño cerebral.
- Otra de las tareas evaluadas fue la fluidez verbal semántica y fonológica, una prueba que evalúa la capacidad del sujeto para buscar palabras en su memoria. En la tarea de fluidez semántica el sujeto debe nombrar todos los animales que conozca en un tiempo breve, lo cual está vinculado con el funcionamiento del lóbulo temporal. En la tarea de fluidez fonológica debe nombrar todas las palabras que recuerde que empiezan con la letra p, lo que está regulado por el lóbulo frontal.

Resultados

Primer caso

- *Examen psiquiátrico directo*: la evaluada acude a la entrevista cooperadora, sonriente mientras se realiza. Inteligencia que impresiona normal promedio, afecto frío, mostrando gran desapego por las figuras afectivas (familiares, amistades y víctimas). Se destacan rasgos caracteropáticos: histriónica, teatral, egocéntrica, resentida, abusadora, mentirosa, justificativa, hostil, necesidad de poder y reconocimiento social. Sin otros signos o síntomas que afecten cualitativamente su organización psicológica y su posibilidad de analizarse críticamente a sí misma y a la realidad circundante.
- *Evaluación clinimétrica*: en la escala de agresividad obtuvo puntuaciones elevadas en las subescalas que evalúan la agresividad verbal, la ira y la hostilidad. La puntuación alcanzada en la escala de autoestima la califica como una

autoestima elevada (sin embargo, en este resultado puede existir distorsión porque la evaluada se caracteriza por ser manipuladora y mentirosa). La escala de control de impulsos refleja poco control de sus impulsos. En la escala de psicopatía (PCL-R) obtiene 25 puntos. Los resultados del 16 PF evidencian fundamentalmente frialdad, impulsividad, timidez, inseguridad y dependencia del grupo.

- *EEG*: el análisis visual del EEG revela signos ligeros a moderados de irritación cortical focal frontal bilateral y signos ligeros de disfunción cortical global. El análisis cuantitativo reveló un incremento de la actividad lenta de tipo theta en las regiones frontotemporales al ser comparado con sujetos normales de su mismo sexo y edad que forman parte de la base de datos normativa cubana. Los generadores de la actividad lenta en la frecuencia 6,25 Hz se localizaron en las regiones frontal medial orbital, frontal superior medial, rectus, cíngulo anterior, rolándico opercular y cíngulo medial bilateral, frontal medial derecho, temporal medial, temporal inferior bilateral, temporal superior derecho, supramarginal, angular, precuneus, cuneus, occipital medial superior bilateral, calcarino y occipital medial derecho (Figura 1a).
- *Estudios neuropsicológicos*: revelan la presencia de alteraciones en el funcionamiento adecuado de la región cerebral prefrontal. Los resultados obtenidos de la evaluación revelaron que las habilidades puramente cognitivas y la capacidad para el análisis lógico y generar nuevos conceptos

se encuentran en un nivel de deterioro moderado. Manifiesta un pensamiento perseverativo y dificultades en la flexibilidad ante el cambio de estrategias cognitivas. No logra alcanzar ninguna categoría de las seis presentadas, y ello se debe al carácter perseverativo de su pensamiento. No pueden evaluarse fallos para mantener la actitud, porque esto depende como mínimo de cinco o más respuestas correctas seguidas en una categoría; si nunca ha llegado a mantener la actitud (medida de esa forma), es difícil que cometa errores en el mantenimiento de ésta. Es decir, la evaluada no fue capaz de mantener un criterio de forma continuada, lo que se debe posiblemente a su impulsividad. En este caso, ese índice debe ser interpretado como una ausencia máxima de mantenimiento de la actitud (Tabla 1). En concordancia con estos resultados, la evaluada manifiesta dificultades en las funciones relacionadas con el cambio en las expectativas y con la capacidad para detectar y reaccionar adecuadamente ante los cambios en la valencia emocional de los estímulos ambientales cuando el valor de la recompensa de los estímulos se invierte (Tabla 2). Además, presenta dificultades para inhibir una respuesta automática, o sea, en el control inhibitorio (Tabla 3). El efecto *stroop* está muy cercano al límite inferior de normalidad (0), por lo que consideramos que la evaluada tiene dificultades en la capacidad de conservación de un patrón de comportamiento a pesar de la interferencia de factores contextuales y emocionales (Tabla 4). Presenta alteraciones

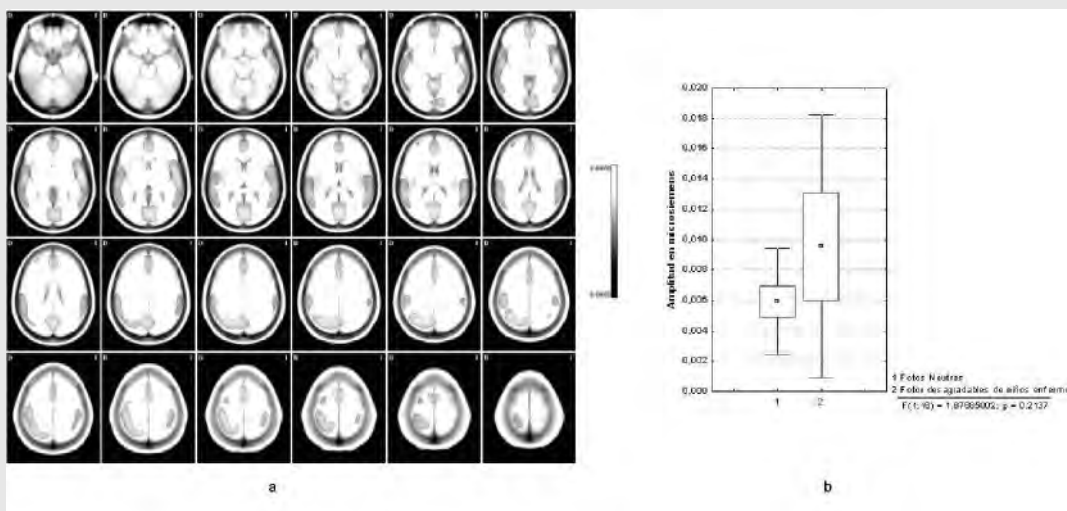


Figura 1. Localización de los generadores de la actividad lenta en la frecuencia 6,25 Hz (a) y resultados de la evaluación de la respuesta simpática de la piel. A. representa la respuesta obtenida ante estímulos neutros y B. ante imágenes con contenido desagradable. En el eje y se refleja el valor de la amplitud de la respuesta expresada en microsiemens.

en las representaciones de la memoria operativa (Tabla 5). Por último, la evaluada presenta déficits en los umbrales para el reconocimiento de las expresiones faciales emocionales negativas, manifestándose este déficit en mayor grado para las expresiones emocionales de asco y miedo, y

en menor grado para la tristeza; necesita mucha información para poder reconocer correctamente una emoción negativa en otra persona (Tabla 6).

– *Respuesta simpática de la piel*: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas

Tabla 1.
Resultados en la prueba de clasificación de tarjetas (Wisconsin Card Sorting Test). Cada variable presenta dos resultados; el superior corresponde a la primera evaluada y el inferior a la segunda.

Variables	P. directa	P. típica	PT	Centil	Grado de deterioro
Número de intentos	128	--	--	--	---
	108	--	--	--	---
Respuestas correctas	42	--	--	--	--
	78	--	--	--	--
Total de errores	86	56	21	<1	Deterioro grave a moderado
	30	82	38	12	Deterioro leve
Porcentaje de errores	67	58	22	<1	Deterioro grave a moderado
	28	82	38	12	Deterioro leve
Respuestas perseverativas	41	65	27	1	Deterioro moderado
	13	83	39	13	Deterioro leve
Porcentaje de respuestas perseverativas	32	65	27	1	Deterioro moderado
	12	84	39	14	Deterioro leve
Errores perseverativos	36	64	26	1	Deterioro moderado
	13	83	39	13	Deterioro leve
Porcentaje de errores perseverativos	28	64	26	1	Deterioro moderado
	12	82	38	12	Deterioro leve
Errores no perseverativos	50	60	23	<1	Deterioro grave a moderado
	17	82	38	12	Deterioro leve
Porcentaje de errores no perseverativos	39	62	25	1	Deterioro moderado
	16	82	25	1	Deterioro leve
Respuestas de nivel conceptual	7			--	--
	61			--	--
Porcentaje de respuestas de nivel conceptual	5	<55	<20	<1	Deterioro grave
	56	79	36	8	Deterioro leve
Número de categorías completas	0	--	≤1		Deterioro moderado
	6	--	>16		Normal
Intentos para completar la primera categoría	128	--	≤1		Deterioro moderado
	11	--	>16		Normal
Fallos para mantener la actitud	-	--	>16		No cumple criterio para mantener una actitud
	0	--	>16		Normal
Aprender a aprender	--	--	--	--	--
	54,181	--	>16		Normal

P: puntuación; PT: puntuación T correspondiente a la puntuación directa.

entre las respuestas obtenidas ante imágenes con contenido neutro y las imágenes desagradables de niños pequeños (Figura 1b).

Segundo caso

- *Examen psiquiátrico directo:* fue entrevistada en dos oportunidades y en ambas la evaluada cooperó, respondió con lenguaje claro y coherente, pero con frecuencia da respuestas defensivas de tipo “no sé”. Específicamente cuando se exploraron los hechos, se mostró todo el tiempo muy ansiosa, con movimientos de la mandíbula y movilizandose afectivamente cuando fueron explorados los hechos, mostrándose llorosa, alegando sentimientos de culpa relacionados con la muerte de la víctima. Los resultados del 16 PF evidencian fundamentalmente rasgos de dependencia, despreocupación, realismo, perspicacia e imaginación.
- *Evaluación clinimétrica:* en la evaluación de la escala de agresividad no aparece expresión de agresividad y existe un equilibrio en las puntuaciones alcanzadas entre todas las formas de agresividad que se evalúan. La puntuación alcanzada en la escala de autoestima apunta a una tendencia a la baja autoestima, y en la escala de control de impulsos a un adecuado control sobre sus impulsos. En la escala de psicopatía obtuvo 6 puntos.
- *EEG:* el análisis visual reveló signos muy ligeros de irritación cortical frontotemporal izquierda y signos ligeros de disfunción cortical frontal. El análisis cuantitativo reveló un incremento de la actividad lenta de tipo theta en las regiones frontotemporales en comparación con sujetos normales de su mismo sexo y edad que forman parte de la base de datos normativa cubana. Los

generadores de la actividad lenta en la frecuencia 3,12 Hz se localizaron en las regiones orbito-frontal medial, frontal superior medial, frontal superior, cíngulo medial, cíngulo anterior, área suplementaria motora bilateral y frontal medial izquierda (Figura 2).

- *Estudio neuropsicológico:* el déficit funcional de la evaluada se localiza en las regiones orbitofrontales, áreas encargadas del aprendizaje emocional y de una adecuada empatía. Los resultados obtenidos de la evaluación revelan que sus habilidades puramente cognitivas y su

Total de inversiones (reversal)	Respuestas incorrectas	Respuestas correctas
0	16	56
0	30	55
1	22	5
1	6	6

Tabla 2. Resultados de la prueba de inversión de respuestas (Response Reversal).

Promedio tiempo de reacción (ms)		
Estímulo 1 (←)		397,93
		-
Promedio tiempo de reacción (ms)		
Estímulo 2 (→)		430,05
		-
Δt (ms)		38
		-
SSRT (ms)		375,99
		-

SSRT: Stop Signal Reaction Time (tiempo de reacción a la señal de parada).

Tabla 3. Resultados de la prueba de la señal de parada (Stop Signal Task). Sólo presentamos resultados de la primera evaluada. La segunda evaluada no cooperó en la realización de esta tarea.

	Media (DE)	Grupo control, media (DE)
Tiempo de reacción (TREI)	717,566667	664,4655(112,1857)
Respuestas a estímulos incongruentes	622,916667	664,4655(112,1857)
Tiempo de reacción (TREC)	711,543333	609,3286(82.7080)
Respuestas a estímulos congruentes	552,496667	609,3286(82.7080)
Efecto Stroop (diferencia de TREI-TREC)	6	55.1370(56.7166)
	70,42	55.1370(56.7166)

Tabla 4. Resultados de la prueba de interferencia (Stroop test). Cada prueba presenta dos resultados; el superior corresponde a la primera evaluada y el inferior a la segunda.

DE: desviación estándar.

Figura 2.
Localización de los generadores de la actividad lenta en la frecuencia 3,12 Hz.

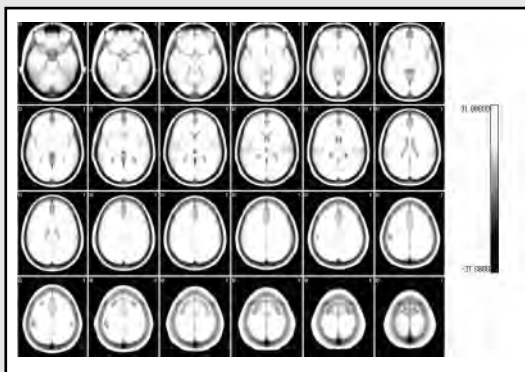


Tabla 5.
Resultados de fluidez verbal fonológica y semántica. Cada prueba presenta dos resultados; el superior corresponde a la primera evaluada y el inferior a la segunda.

Prueba	Puntuación	Clasificación
Fluidez semántica	15	Patológico
	16	Normal
Fluidez fonológica	9	Patológico
	12	Normal

Tabla 6.
Resultados de la prueba de umbrales para el reconocimiento de las expresiones emocionales negativas. Cada prueba presenta dos resultados; el superior corresponde a la primera evaluada y el inferior a la segunda.

Emoción	Media umbral	Respuesta correcta	Respuesta incorrecta	Grado de deterioro
Asco	0	0	14	Patológico
	18,66667	3	11	Patológico
Tristeza	16,00000	8	1	Dentro de límites de Normalidad
	15,00000	11	0	Normal
Miedo	17,75000	12	5	Patológico
	16,60000	10	6	Patológico
Ira	11,00000	7	1	Normal
	16,50000	12	4	Límite

Emoción	Rectificación tristeza	Rectificación miedo	Rectificación ira
Asco	0	4	10
	2		9
Tristeza	0	0	1
	0	0	0
Miedo	2	0	3
	1		5
Ira	1	0	0
	4	0	0

capacidad para el análisis lógico y para generar nuevos conceptos muestran un deterioro leve. En concordancia con estos resultados, la evaluada manifiesta dificultades en las funciones relacionadas con el cambio en las expectativas y con la capacidad para detectar y reaccionar adecuadamente ante los cambios en la valencia emocional de los estímulos ambientales cuando el valor de la recompensa de los estímulos se invierte. La evaluada presenta déficits en los umbrales para el reconocimiento de las expresiones faciales emocionales negativas, manifestándose este déficit en mayor grado para las expresiones emocionales de asco y miedo; necesita mucha información para poder reconocer correctamente una emoción negativa en otra persona (Tabla 6).

Discusión

Analizando en conjunto los antecedentes de salud, la información que se aporta sobre su conducta durante el hecho y los resultados del examen psiquiátrico

directo, en el primer caso no se encontraron indicios de enfermedad mental que trascienda sus capacidades psicológicas de interés penal. Se trata de una mujer que se ha desarrollado en un medio familiar disfuncional violento, que ha provocado resentimiento y hostilidad hacia las figuras afectivas, lo que estructuró un trastorno de la personalidad mixto, que si bien no explica su actuar, la presencia en ella de marcada frialdad afectiva, con los elementos descritos de manipulación y cálculo sobre los otros, con beneficios solamente personales, coherente con su conducta durante y posterior a los hechos, evidencia una evaluada con plena facultad para comprender el alcance de sus actos y dirigir su conducta.

Con respecto al segundo caso no se encontraron indicios de enfermedad mental que trascienda a sus capacidades psicológicas de interés penal. Se trata de una mujer que no presenta patología psiquiátrica que afecte sus facultades de juicio y voluntad para el delito que se le imputa, que desde el punto de vista psicodinámico no podemos aportar otros elementos que no sean su propia subcultura e ineficiencia para resolver conflictos previos como aconteció durante los hechos, coincidiendo con lo encontrado en las pruebas psicológicas y neuropsicológicas realizadas

En cuanto a los perfiles que aparecen descritos en la literatura, relacionados con mujeres que cometen filicidio y neonaticidio, aunque algunos de los elementos descritos no se corresponden con nuestras evaluadas sí resulta obvia la presencia de algunas características, como son la existencia de problemas maritales, los embarazos no deseados, el hecho de llevar un embarazo de manera clandestina acabando con el recién nacido a los pocos minutos de haber nacido^{14,15} y la falta de controles médicos. El filicidio es un acto extremo que responde a un conjunto diverso de factores causales, pero que, por sobre todo, reafirma una maternidad rechazada en un tiempo y lugar determinados en la biografía de una mujer. El denominador común es que se carece del deseo, la habilidad o de ambos para dar sostén a los hijos¹⁶. Otros aspectos importantes, que quedan demostrados con este trabajo, es que no todas las mujeres que cometen este tipo de actos tienen patologías psiquiátricas, y la importancia del uso de la clinimetría en la caracterización de los autores de este tipo de delito.

En la evaluación neuropsicológica de ambos casos resultó llamativa la existencia de dificultades en el reconocimiento de emociones negativas. El principal objetivo de las emociones consiste en garantizar la homeostasis, la supervivencia y el bienestar del organismo¹⁷. La amígdala cerebral desempeña una función esencial en las reacciones emocionales bá-

sicas. Especialmente en las experiencias de miedo, innatas y aprendidas, es central en el recuerdo de las experiencias de miedo y en el aprendizaje de nuevos estímulos a los que pueden asociarse, a través de interconexiones con el hipocampo y la corteza prefrontal, estructuras que modulan la expresión de estas memorias una vez aprendidas¹⁸. A partir de los resultados obtenidos es posible inferir alteraciones de esta estructura cerebral, pero son necesarios estudios que complementen esta hipótesis, como serían los estudios de resonancia magnética de tipo estructural y funcional, con el objetivo de obtener evidencias de anomalías anatómico-funcionales de manera más directa.

La primera evaluada presentó una puntuación elevada (25 puntos) en la escala de psicopatía, que aunque no alcanzó los 30 puntos se considera una puntuación alta en el caso de las mujeres. Esta puntuación se corresponde con un hallazgo consistente en la literatura relacionada con la evaluación de la psicopatía en poblaciones forenses o de prisiones, donde se ha demostrado que las mujeres generalmente alcanzan puntuaciones totales menores en la escala PCL-R en relación a los hombres^{19,20}. Uno de los modelos neurocognitivos propuestos para explicar la génesis de la conducta psicopática es el denominado "sistema integrador de la emoción"²¹. Este modelo sugiere que en la psicopatía la alteración primaria se localiza en la amígdala cerebral, lo que implica una pérdida de las habilidades para la formación de asociaciones estímulo-refuerzo, y en particular estímulo-castigo, interfiriendo en la conducta de socialización. Los individuos con este tipo de alteración tienen mayores probabilidades de desarrollar conductas antisociales para lograr sus objetivos.

El análisis de la actividad eléctrica cerebral reveló una actividad anormal en las regiones frontales y temporales. Al obtener los generadores de densidad de corriente de la actividad lenta, se evidenció que el origen de esta actividad se localizaba en importantes regiones relacionadas con la regulación de la conducta. El modelo integrador de las emociones igualmente plantea que las disfunciones en las cortezas prefrontales ventrolaterales/orbitales pudieran ser el resultado de una alteración funcional en la amígdala, que traería como consecuencia una disminución de los impulsos aferentes desde ella hasta estas regiones, con la consiguiente alteración de las señales necesarias para desencadenar respuestas ante cambios eventuales, todo lo cual se ha asociado con un incremento de la agresión reactiva.

Otro de los modelos con los que resultan coherentes los resultados de este trabajo es el modelo paralímbi-

co²². Esta hipótesis argumenta que las anomalías en los principales componentes del sistema paralímbico (polo temporal, cíngulo anterior, corteza orbitofrontal, ínsula, región parahipocámpal y amígdala) causan modificaciones en el procesamiento afectivo, social y emocional, y pueden favorecer el desarrollo de una conducta sociopática²¹. Existe correlación entre las áreas cerebrales generadoras de la actividad lenta anormal del EEG y los resultados mostrados en la evaluación neuropsicológica en ambas evaluadas.

Sólo fue posible obtener la respuesta simpática de la piel en el primer caso, demostrándose de manera objetiva la marcada frialdad afectiva presente en ella. Las imágenes seleccionadas del IAPS evidencian situaciones traumáticas y muy dolorosas en niños pequeños, y en individuos normales provocan un incremento de la respuesta del sistema nervioso autónomo. La investigación de las emociones morales es de extraordinaria relevancia para el estudio de ciertas psicopatologías que presentan conductas antisociales, en particular la psicopatía²³. Los individuos psicópatas manifiestan reducida ansiedad y reacciones psicofisiológicas (cardíacas y dérmicas) atenuadas ante los estímulos emocionales²⁴⁻²⁶, tal como se apreció en la evaluada. A partir de nuestros

resultados es recomendable, en el campo forense, la utilización conjunta de evaluaciones clinimétricas (escala de psicopatía) y mediciones psicofisiológicas, que respalden de manera objetiva los hallazgos clínicos en los autores de este tipo de delito.

Conclusiones

En el campo forense resulta importante complementar las evaluaciones desde el punto de vista psiquiátrico con evaluaciones objetivas que sustenten los diagnósticos emitidos. Estas evaluaciones deben incluir el uso de escalas (clinimetría) y de pruebas neuropsicológicas, neurofisiológicas y psicofisiológicas.

Los avances actuales en el diagnóstico y el estudio de este tipo de conducta en la práctica forense hacen necesario, además de conocer e identificar los diferentes subtipos de sujetos que pueden cometer este tipo de actos violentos contra la vida de sus hijos, la ineludible aproximación integral y multifactorial, si se pretende profundizar en los mecanismos que generan y desencadenan estas conductas y el establecimiento de estrategias preventivas.

Bibliografía

1. Bourget D, Grace J, Whitehurst L. A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2007;35:74-82.
2. Rascovsky A. *El filicidio: la agresión contra el hijo*. Barcelona: Paidós; 1981.
3. Aray J. *El aborto: estudio psicoanalítico*. Caracas: Monte Ávila Editores; 1986.
4. Stanton J, Simpson A. Filicide: a review. *Int J Law Psychiatry*. 2002;25:1-14.
5. Jason J, Gilliland JC, Tyler CW Jr. Homicide as a cause of pediatric mortality in the United States. *Pediatrics*. 1983;72:191-7.
6. Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)*. 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
7. Putkonen H, Komulainen EJ, Virkkunen M, Eronen M, Lönnqvist J. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2003;160:947-51.
8. Buss A, Perry M. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1992;63:3.
9. Rosenberg M. *Self-esteem scale society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1965.
10. Ramos Brieva JA, Gutiérrez Zotes A, Saiz Ruiz J. Escala de Control de los Impulsos “Ramón y Cajal” (ECIR y C). *Act Esp Psiquiatr*. 2002;30:160-74.
11. Cattell RB, Eber HW, Tatsuoka MM. Cuestionario de 16 factores de personalidad. México: *El Manual Moderno*; 1980.
12. Trujillo-Barreto NJ, Aubert-Vázquez E, Valdés-Sosa PA. Bayesian model averaging in EEG/MEG imaging. *Neuroimage*. 2004;21(4):1300-19.
13. Lang PJ, Bradley MM, Cuthbert BN. *International affective picture system (IAPS): technical manual and affective ratings*. Gainesville, FL: The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida; 1995.
14. Adinkrah M. Maternal infanticides in Fiji. *Child Abuse Negl*. 2000;24(12):1543-55.
15. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):811-3.

16. Kalinsky B. El filicidio, algunos recaudos conceptuales. *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*. 2007;16(2):301-13.
17. Adolphs R. *Emoción y conocimiento: la evolución del cerebro y la inteligencia*. Barcelona: Tusquets Editores; 2002.
18. Maren S. Building and burying fear memories in the brain. *The Neuroscientist*. 2005;11:89-99.
19. Salekin RT, Rogers R, Sewell KW. Construct validity of psychopathy in female offender sample: a multitrait-multimethod evaluation. *J Abnorm Psychol*. 1997;106(4):576-85.
20. Grann M. The PCL-R and gender. *Eur J Psychol Assess*. 2000;16:147-9.
21. Blair RJR. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Dev Psychopathol*. 2005;17:865-91.
22. Kiehl KA. A cognitive neuroscience perspective on psychopathy: evidence for paralimbic system dysfunction. *Psych Res*. 2006;142:107-28.
23. Kosson DS, Suchy Y, Mayer AR, Libby J. Facial affect recognition in criminal psychopaths. *Emotion*. 2002;2:398-411.
24. Hale LR, Goldstein DS, Abramowitz CS, Calamari JE, Kosson NS. Psychopathy is related to negative affectivity but not to anxiety sensitivity. *Behav Res Ther*. 2004;42:697-710.
25. Lorber MF. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2004;130:531-52.
26. Verona E, Patrick CJ, Curtin JJ, Bradley MM, Lang PJ. Psychopathy and physiological response to emotionally evocative sounds. *J Abnorm Psychol*. 2004;113:99-108.