



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Asesino serial y Psicosis

TRABAJO FINAL DE GRADO

- Tipo: Monografía
- Tutor: Jorge Báfico
- Revisora: Geraldina Pezzani
- Estudiante: Pilar Arsuaga 4.855.044-7
- Fecha:
- Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

Mi tema elegido para el TFG es el de pacientes psicóticos que han cometido homicidios en serie. Esta temática ha cautivado la imaginación del público y ha sido tema de numerosas películas, libros y otros medios. Pero, ¿qué impulsa a un individuo a cometer crímenes tan atroces? Una posible respuesta es que estas personas sufren algún tipo de psicopatía o enfermedad mental. Para entender este fenómeno, nos basaremos en la corriente psicopatológica sin desconocer los aportes de la biología, psicología jurídica, sociología y criminología.

Con este fin, se abordaran cuatro casos representativos para ejemplificar cómo una psicosis en su mayor nivel de gravedad puede desencadenar actos tan crueles e inhumanos, y la importancia del entorno en el acompañamiento de una persona durante las etapas de desarrollo más importantes como la infancia y la adolescencia. Además se intentara demostrar la importancia de su detección temprana, ya que de esta forma se podrá realizar un buen diagnóstico y trabajar en función del mismo. Entiendo que estos pacientes con buena atención hospitalaria, o su medicación adecuada no realizan estos crímenes.

ESTADO DE ARTE

Como un primer acercamiento, es posible plantear la pregunta: ¿por qué analizar a los homicidas seriales? Tal pregunta es tan solo un mero disparador, debido a que la temática en cuestión posee aspectos de diversa índole: psicológicos, de psicopatología, biológicos, sociológicos y hasta legales.

No resulta sencillo identificar los motivos o causas que llevan a un sujeto a cometer un crimen, por eso es importante analizar su historia, el ambiente en donde se crió, explorar su contexto más íntimo como la familia. Como resultado podremos diferenciar conductas delictivas de personalidades sin anomalías psiquiátricas o de menor grado, de aquellas con perturbaciones más profundas en su personalidad.

El ser humano tiene la capacidad de atentar contra la vida de los demás, pero muchas veces sin tener conciencia/dimensionar la gravedad de sus actos y las consecuencias de los mismos. Por ejemplo, en el caso de un enfermo mental en donde se discutirá su posible imputabilidad. Para explicar este concepto me basaré en el texto *La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal*. La autora de Florybeth Hernández Arguedas (2015) En primer lugar menciona que:

La imputabilidad es un término jurídico, el cual se define como la capacidad de una persona de comprender las consecuencias que traerá la realización voluntaria de un acto ilícito, y como tal debe ser responsable y responder por el hecho cometido. (p.1)

Es en base a la valoración psicológica y/o psiquiátrica que realiza el médico legal al sujeto, que se determinará si el sujeto presenta alguna condición patológica para que posteriormente el juez pueda tomar la decisión de clasificarlo como imputable, inimputable o disminuir la imputabilidad.

La autora menciona a Patitó (2000) quién explica que cualquier trastorno o alteración psíquica que perturbe gravemente el intelecto y/o la voluntad puede ser causa de inimputabilidad, ya que no comprende las consecuencias que sus acciones pueden ocasionar. La escritora especifica algunos conceptos básicos; Para definir el concepto de Delito, Hernández refiere a distintos autores; por ejemplo para Calabuig (2004) es un acto antijurídico que debe ser sancionado con una pena, para Serrano Maillo (2009) es todo acto o engaño que se realiza a cambio de beneficio persona. Por otro lado, para Antonio García Pablos De Molina (2009) el concepto ha ido evolucionando junto a la sociedad y la cultura. Para explicar el concepto de Culpabilidad también referirá a distintos autores; Tomando los aportes de Silva (2003) el culpable debe tener imputabilidad y responsabilidad, es de carácter subjetivo e involucra la actitud psicológica del sujeto frente al delito, el estado de imputabilidad y la ausencia de razón del delito. De la misma manera para explicar la concepción de responsabilidad, también se basará en trabajos de los autores mencionados anteriormente. Para Calabuig (2004) La responsabilidad es la obligación legal de una persona de ser responsable de las acciones que cometió y de asumir las consecuencias jurídicas de ese delito. Además Florybeth Hernández agrega que una persona que al momento de cometer el crimen se encuentra con sus facultades mentales sanas deberá responder ante la ley y sus consecuencias. Para explicar las condiciones mentales que conllevan a la disminución o abolición de la imputabilidad, la autora refiere a una entrevista con la doctora Escalante quién menciona que la imputabilidad disminuida o imputabilidad se

clasifica en tres grupos: 1) trastornos psíquicos, 2) disturbo mental o desarrollo mental insuficiente, 3) grave perturbación de la conciencia.

Hernández agrega que:

Otras condiciones que también contempla el Código Penal son: trastornos de la personalidad como las psicopatías, la pedofilia como trastorno de la inclinación sexual y diversos trastornos de los impulsos, entre los que destacan la cleptomanía, la piromanía y la ludopatía. Así mismo estas condiciones aplican para la inimputabilidad según lo establecido en el código penal vigente. (Hernández,2015)

Adentrándonos en lo que nos interesa, con respecto a la persona esquizofrénica añade que:

no es posible saber si valora las consecuencias de sus actos, si la motivación de la conducta es defectuosa, si tiene noción de sus reacciones o si puede reprimirlas. Si el sujeto actuó durante una crisis psicótica motivado de acuerdo a las ideas delirantes que presentó en determinado momento, procederá la declaración de inimputabilidad; por lo que se debe tener presente que si las capacidades intelectuales y volitivas están disminuidas se deberá considerar semi-imputable o con imputabilidad disminuida. (Hernández,2015)

El Art. 30 del Código Penal uruguayo establece que:

No es imputable aquél que en el momento que ejecuta el acto por enfermedad física o psíquica, constitucional o adquirida, o por intoxicación, se hallare en tal estado de perturbación moral, que no fuere capaz o sólo lo fuere parcialmente, de apreciar el carácter ilícito del mismo, o de determinarse según su verdadera apreciación. Esta disposición es aplicable al que se hallare en el estado de espíritu en ella previsto, por influjo del sueño natural o del hipnótico. (Artículo 30, código penal uruguayo)

ENFOQUE PSICOPATOLÓGICO:

En primer lugar, la psicopatología puede entenderse como el estudio del proceso de enfermedades o estados considerados anormales, cuyas causas pueden ser conocidas o no. En palabras de Baumgart: “La psicopatología es un campo heterogéneo de discursos y prácticas.” (Baumgart, A, 1999, p.13).

A lo largo de la historia han existido múltiples discusiones acerca del concepto de “psicosis”, el cual se relaciona con un deterioro de las facultades psíquicas y psicológicas del ser humano que eventualmente podrían afectar sus relaciones sociales y su cotidianidad. No

hay una concepción universalmente aceptada de trastorno mental, podemos encontrar distintas dependiendo las clasificaciones y manuales a los que nos exponamos.

Lacan en su texto “Introducción a la cuestión de las Psicosis” (1955) denominó a las psicosis como “locura”. En el texto de Sigmund Freud “Obras completas: el yo, el ello y otras obras” (1923-1925), Freud explica la diferencia entre la psicosis y la neurosis. Según él, lo que caracteriza a la neurosis es un conflicto intrapsíquico entre el ello y el yo, mientras que el génesis de la psicosis es un conflicto entre el yo y la realidad externa. El yo lucha contra una moción pulsional proveniente de ello y lo reprime. Lo que termina sucediendo en ese punto es que este contenido represivo logra manifestarse en la realidad a través del síntoma. Entonces él continúa su lucha, pero con el síntoma. En la psicosis el yo se abstiene y se aísla de ella. Ambas tienen un origen común: la frustración, la cual es externa y suele provenir de la infancia.

Por su parte, Laplanche y Pontalis (2004) definen a las Psicosis como:

Una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad lo que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la construcción delirante) tentativas secundarias de restauración del lazo objetal. (p.321)

“La manifestación de la psicosis toma consistencia de perplejidad: quien la padece es incapaz de darle un significado y vive la experiencia por fuera de toda posibilidad de comunicar” (Bafico, 2015, p.158).

Juan Rojo Moreno, en su libro *Psicosis, delirios, alucinaciones, paranoias sectas y estigma* (2018) añade que el término delirio refiere a una persona que dice cosas extrañas o que no se ajustan a la lógica de la sociedad, a lo que se considera “normal”. Pero la concepción que nos convoca es la de la Psiquiatría y medicina que la definen como una enfermedad. De esta manera podemos decir, por ejemplo, que una persona enferma puede delirar por la fiebre, aunque quizás sea un psicótico que sufre delirios. Toma aportes de (Jaspers,1913) y menciona:

la persona que padece un delirio ha de tener un pensamiento absurdo, pero está completamente convencida de él y no puede ser modificado por más que razonemos. El contenido del delirio es muy improbable y a menudo fantástico, y no es compartido. (p.25)

Muchas veces los médicos en el intento de hacer razonar al paciente su pensamiento o lógica errónea se frustran. El juicio de realidad se ve afectado por su delirio.

Rojo agrega:

El estado del paciente que padece un delirio va a suponer una perturbación de la dinámica de la relación «yo-mundo» y de la relación con los «otros». El delirio, dice Ey, es el reflejo de la desorganización de las relaciones entre el «yo» y el mundo que el movimiento evolutivo de la psicosis engendra en el interior del ser.

Según Henry ey (1994): Las psicosis delirantes crónicas:

Son psicosis caracterizadas por “ideas delirantes” permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico. Por ideas delirantes debe entenderse no sólo las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de ficción delirante (persecución,grandezas,etc) sino también todo el desfile de fenómenos ideo afectivos en que el Delirio toma cuerpo (intuiciones,ilusiones,interpretaciones,alucinaciones,exaltación imaginativa y pasional,etc.) (p.449)

Algo interesante a destacar es que estos delirios son crónicos, están instalados en su personalidad.

Henry Ey diferencia dos categorías: las Psicosis delirantes crónicas con evolución deficitaria, lo que conocemos como Esquizofrenia o psicosis sin evolución deficitaria.

En las psicosis sin evolución deficitaria podemos observar:

- Psicosis delirante sistematizada (paranoia)
- Psicosis alucinatoria crónicas
- Psicosis fantásticas

Las Psicosis Crónicas Paranoicas: son delirios crónicos sistematizados: están prendidos en el carácter y la construcción misma de la personalidad del delirante, se desarrollan con orden, coherencia y claridad (Ey, Henry, 1994, p.450).

Están caracterizados por su construcción en cierta manera lógica, a partir de elementos falsos, errores, o de ilusiones que son como los postulados de la fábula delirante. Los síntomas de estos delirios son interpretaciones, ilusiones, percepciones, actividades alucinatorias, fabulaciones, intuiciones. (p.451)

Estos delirios son relativamente coherentes debido a su forma sistemática. Es decir, parecen relativamente plausibles para los observadores (personas que los rodean, médicos, jueces).

En este grupo de delirios podemos encontrar delirios de reivindicación y delirios pasionales. Dentro de los Delirios de reivindicación se encuentran los querellantes, los inventores y los apasionados idealistas. Siguiendo por esta línea, la categoría delirios pasionales está compuesta por delirios celotípicos y delirio erotomaniaco.

La Psicosis Alucinatoria Crónica:

Se caracteriza por la presencia de fenómenos psicosenoriales como el síndrome de automatismo mental y alucinaciones. Presenta un comienzo abrupto, de repente el paciente escucha voces, o se le imponen pensamientos, de esta forma comienza a sentirse espiado, percibe olores extraños, siente gusto distinto en las comidas. Puede sentir corrientes eléctricas en su cabeza, fluidos en su cuerpo, se convierte en un espectador de su propio cuerpo. Ante todo esto, la reacción del paciente es de asombro ya que experimenta todo desconcertado. La forma clínica de estas psicosis se caracteriza por la importancia de las alucinaciones.

El síndrome de automatismo mental, se constituye por el automatismo ideoverbal, sensorial, sensitivo y motor ; En primer lugar Ey explica el automatismo ideo verbal de la siguiente forma:

se manifiesta clínicamente por las voces (alucinaciones psicosenoriales objetivadas en el espacio; alucinaciones psíquicas sentidas como “voces interiores” o transmisiones de pensamiento). Generalmente estas voces son amenazadoras, raramente benévolas, a veces con una nota de vulgaridad absurda. (p.459)

En segundo lugar, sobre el Automatismo sensorial y sensitivo menciona:

Está constituido por toda la gama de alucinaciones visuales, gustativas, olfativas y cenestésicas. Se trata de falsas sensaciones exteroceptivas, enteroceptivas o propioceptivas, que constituyen una verdadera parasitación de percepciones anormales (visiones. Imágenes coloreadas, olores nauseabundos o inefables, gustos raros, sensaciones táctiles de hormigueos, de irritaciones, de prurito, trastornos cenestésicos (algias, parestesias, espamos, etc.), impresiones voluptuosas o dolorosas en la esfera ano-genito-urinaria,etc.). (p.460)

En tercer lugar, el automatismo psicomotor refiere:

se manifiesta clínicamente por impresiones cinestésicas, ya sea en los órganos de la articulación verbal (lengua, laringe, tórax) ya sea en la musculatura facial, del cuello, de los miembros (movimientos forzados, estremecimientos.) Se trata de sensaciones de imposición de movimientos, de articulación verbal forzada (alucinaciones psicomotrices). (p.460)

Por último en relación a la Psicosis Fantástica menciona:

Estos delirios se caracterizan por 1° el carácter fantástico de los temas delirantes, 2° la riqueza imaginativa del delirio, 3° la yuxtaposición de un mundo fantástico al mundo real al que el enfermo continúa adaptándose bien, 4° la ausencia de sistematización, 5° la ausencia de evolución deficitaria,

permaneciendo notablemente intacta la capacidad psíquica de estos enfermos.
(p.462)

Es decir, en esta psicosis hay una gran actividad delirante pero persiste una buena adaptación a la realidad.

En el manual DSM IV, podemos encontrar a la Paranoíá como trastorno delirante.

La característica esencial del trastorno delirante es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos 1 mes. (p.303). Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.

Los tipos de trastorno delirante se pueden especificar según el tema delirante dominante; Erotomaniaco, Celotípico, persecutorio y somático, que se desarrollarán más adelante.

Sin ser por consecuencia de las ideas delirantes, la actividad social del paciente no se ve significativamente deteriorada.

Continuando con las Psicosis Delirantes Crónicas con evolución deficitaria, o esquizofrenia. Antes de comenzar repasaremos brevemente la historia de la enfermedad.

Antiguamente las personas que padecían afecciones mentales eran consideradas como “locas” y por lo tanto excluidas de la sociedad. A lo largo de los años hubo distintos paradigmas y criterios que explicaban o entendían la enfermedad. Teorías religiosas, demoníacas, sobrenaturales que la clasificaban.

Las culturas primitivas entendían a la locura como algo sobrenatural, como un castigo por la violación de tabúes y la curación era a través de rituales y exorcismos. También existieron conceptos médicos que se basaban en la relación de los cuatro humores: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre, Hipócrates sostenía que la enfermedad mental se producía ante el desequilibrio de estos.

Foucault, en una de sus producciones, menciona que a estos pacientes se los trataba como a la lepra, se los discriminaba y aislaba de la sociedad.

Juan rojo Moreno (2018) en el libro *Psicosis, delirios, alucinaciones, paranoias sectas y estigma* (2018) hace un recorrido de la historia de la enfermedad, menciona que antiguamente, antes de que hubiese un acuerdo en común sobre la concepción, se la conocía como monomanías. El concepto de monomanía fue designado en el año 1814 por Jean Ettiene Dominique Dominique, se lo vinculaba con un tipo de paranoia en donde quién lo padece sólo podía pensar en una idea. Posteriormente Emil Kraepelin verifica que algunas enfermedades: (la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide) eran la misma enfermedad. Estas compartían su sintomatología pero habría que ver la evolución de cada una. Decide agruparlas bajo la concepción de demencia precoz.

En el año 1911 Eugen Bleuler utilizó el concepto Esquizofrenia para referirse a “mente escindida” y fue aprobado. Cabe destacar que no fue únicamente un cambio de nombre, sino que insistió en profundizar la psicopatología y no tanto la evolución. A su vez le atribuyó importancia a la afectividad y ambivalencia.

No todas las personas que presentan alucinaciones o delirios tienen esquizofrenia, por eso es muy importante considerar la evolución para poder aclarar el pronóstico. Muchas veces estos síntomas pueden ser el resultado de un cuadro psicótico inducido por drogas o de una psicosis breve.

Muchos psiquiatras observaron que si bien todas las esquizofrenias presentaban en común la pérdida de contacto con la realidad, no toda la sintomatología era homogénea ni presentaban la misma evolución. Siguiendo esta línea podemos distinguirlos mediante la predominancia de síntomas positivos o negativos. Generalmente cuando en la Esquizofrenia predominan síntomas positivos que serían por ejemplo delirios y alucinaciones hablamos de buen pronóstico, ya que hay actividad mental, el paciente crea su neo realidad, en contraposición cuando el paciente se aísla, se produce un quiebre en su vida social, y se empieza a retraerse en sí mismo. Se observa pobreza de pensamiento, apatía y anhedonia.

Actualmente no hay un consenso sobre el concepto de esquizofrenia, por lo que a continuación se expondrán distintas definiciones.

La Oms dice que:

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que a escala mundial afecta aproximadamente a 24 millones de personas es decir, a 1 de cada 300 personas.

- Es habitual que las personas que padecen esquizofrenia sean víctimas de estigma, discriminación y violación de sus derechos humanos.
- A escala mundial, más de dos de cada tres personas que padecen psicosis no reciben atención de salud mental especializada.
- Se dispone de una variedad de opciones de atención eficaces para tratar a las personas que padecen esquizofrenia, y al menos una de cada tres de ellas podrá recuperarse por completo. (Organización mundial de la Salud,2022)

El manual el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV-TR, 2003), la define como:

una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p. ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos.,(p.279)

Las ideas delirantes:

son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (p. ej., de persecución, de autorreferencia, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, en[1]gaña, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella. (p.281)

Las alucinaciones

Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (p. ej., auditivas, visuales, olfativas, gustativas y táctiles), pero las alucinaciones auditivas son, con mucho, las más habituales y características de la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes. Algunos tipos de alucinaciones auditivas (p. ej., dos o más voces conversando entre ellas, o voces que mantienen comentarios continuos sobre los

pensamientos o el comportamiento del sujeto) han sido considerados especialmente característicos de la esquizofrenia.

El pensamiento desorganizado:

Es una de las características elementales del cuadro y puede presentarse de diversas formas;

puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro (<<descarrilamiento>>) o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («tangencialidad»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («incoherencia» o «ensalada de palabras») (p.281-282)

El Comportamiento Gravemente desorganizado: Comprende la dificultad de realizar actividades simples en la vida cotidiana como por ejemplo mantener la higiene, organizar las comidas. Muchas veces puede vestirse de forma extraña, como con camperas y bufandas los días que hace mucho calor, o estar exageradamente desprolijos. Tienen actitudes poco civilizadas como por ejemplo masturbarse en espacios públicos.

Incluye una importante disminución de la reactividad al entorno que, algunas veces, alcanza un grado extremo de falta de atención (estupor catatónico), manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido (rigidez catatónica), la resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido (negativismo catatónico), el asumir posturas inapropiadas o extrañas (posturas catatónicas) o una actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador (agitación catatónica).

Hay tres síntomas negativos de la esquizofrenia que se deben tener en cuenta: Alogia, aplanamiento afectivo y abulia. El Aplanamiento afectivo “es especialmente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. La Alogia:” (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con Alogia parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla”. La abulia: “está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.”“(DSM-IV-TR, 2003,p.282)

Minkoswksi indica que la primera y fundamental característica es el hecho de que la psicosis produce una profunda transformación en el contacto del paciente con el mundo que lo rodea. (Jarne,A,Talarn,A,2015,p.455)

En otras palabras, el sujeto presenta dificultades para distinguir su mundo (interno) de ideas, pensamientos, sensaciones del mundo exterior.

En consecuencia de lo anterior:

Se plantea la existencia de un “mundo propio” en el enfermo con trastornos psicóticos, en el que los parámetros de referencia para la actividad mental, organizar y dirigir el comportamiento, no concuerdan necesariamente con los que se utilizan en su contexto inmediato. Esta referencia tiene que ver con la inamovilidad, de la que parece hacer gala el mundo psicótico, entendida como la pérdida, al menos parcial, de los comunes semiológicos que posibilitan la comunicación humana (p.455-456)

Los autores a su vez plantean que uno de los rasgos más característicos de la psicosis es la imposibilidad de desenvolverse independientemente en sus vidas, quedando muchas veces bajo el cuidado de familiares o terceros. Plantean a su vez una sucesión de hechos que describen el trastorno:

1. Los trastornos esquizofrénicos constituyen la más alta expresión de la psicosis (...) por su nivel de incapacitación y disrupción de la vida del enfermo.
2. Resulta altamente incapacitante, tanto en los episodios agudos como en las etapas posteriores; el estatus de la vida previo del enfermo se ve comprometido en alguna medida y frecuentemente de manera importante.
3. La presencia de la esquizofrenia es relativamente independiente de los contextos culturales.
4. El trastorno puede afectar prácticamente a todas las funciones y áreas del comportamiento humano (pensamiento, percepción, afectividad, motricidad, adaptación al medio, hábitos de vida, etcétera) con un nivel de alteración grave en cada caso. (464-465)

Podemos distinguir dos tipos de inicio: insidioso y agudo. En la forma insidiosa se observan las características mencionadas anteriormente, las cuales pueden presentarse durante meses o años antes de que aparezca el trastorno. El entorno del paciente habrá observado un progresivo aislamiento social, retraimiento, abandono de

responsabilidades y reducción de vínculos. La forma Aguda, eventualmente se denomina brote, es caracterizada por la irrupción de ideas delirantes, alucinaciones y distorsión de pensamiento en un intervalo reducido de tiempo . Existen a su vez, formas de inicio atípicas que se determinan por síntomas propios de otros trastornos.

Henry Ey (1980) se refiere a la esquizofrenia como:

Una patología severa de evolución deficitaria, perteneciente al grupo de las psicosis crónicas, en la que se da un corte del sujeto con la realidad, caracterizada por un síndrome deficitario o negativo de disociación y por un síndrome secundario o positivo, de producción de ideas, sentimientos y actividad delirante. Esta altera la personalidad de manera profunda y progresiva, donde la persona deja de entablar comunicación con los demás y se pierde en su propio pensamiento (p. 473).

También agrega que:

Entre el conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, el grupo de las esquizofrenias engloba efectivamente la mayor parte de los casos de alienación mental caracterizada por un proceso de disgregación mental que ha sido llamado alternativamente “demencia precoz”. (p.472)

Para concluir, añade:

Los enfermos que actualmente quedan clasificados dentro de este grupo, son “alienados” que han sorprendido ante todo por su rareza, por sus extravagancias y progresiva evolución de sus trastornos hacia un estado de embotamiento, de entorpecimiento y de incoherencia. (p.472)

Los síntomas más frecuentes que presenta son: síndrome de automatismo mental, fenómenos de despersonalización, pensamientos delirantes.

El comienzo de la Esquizofrenia para la psiquiatría es a través de un hecho cotidiano tal como un episodio depresivo “atípico”, una psicosis aguda prolongada en el tiempo o una crisis. Se puede presentar de una forma insidiosa o a la inversa a través de un episodio delirante, o pueden aparecer grandes episodios que llaman la atención.

Se presentan dos conjuntos opuestos de signos y síntomas que contribuyen a la génesis de la enfermedad. Por un lado los negativos y por otro lados los positivos. Por un lado la desestructuración de la conciencia (síndrome de disociación) y por otro lado la producción delirante positiva. Estos dos polos se complementan y presentan

características en común: la ambivalencia, la extravagancia, la impenetrabilidad, el desapego.

Dentro de las esquizofrenias, existen formas graves y formas menores. En esta monografía nos concentramos en las formas graves, por lo que debemos mencionar a la Hebefrenia, conocida como demencia precoz de los jóvenes. Predomina la rapidez de su evolución y el síndrome de discordancia.

Hebefrenocatatónia: Caracterizada por trastornos motores; tensión muscular, pérdida de iniciativa motriz.

¿CÓMO COMIENZAN Y EVOLUCIONAN LOS DELIRIOS?

Juan Rojo cita a K.Jaspers quién explica el comienzo como Templé delirante, en términos de Conrdat como Trema. Lo definen de la siguiente forma:

Un estado inicial que precede muchas veces al delirio, en el que el paciente empieza a notar «que algo sucede», «hay algo en el ambiente» que el enfermo no puede definir bien: una tensión desconfiada, incómoda y nefasta. Es algo difuso y vago, pero está seguro de que «la atmósfera» es peligrosa para él.(...) El paciente sufre mucho en este estado, le es muy angustiante e intentará encontrar un significado, un sentido, a lo que le está ocurriendo; entonces la aparición de una idea delirante, de un delirio, «es un alivio», pues ya sabe lo que ocurre, y a partir de ese momento todo adquiere interpretación comprensible para él (aunque para las demás personas sea un absurdo) (...)
(p.46)

No siempre aparece este estado inicial, o templé delirante, muchas veces puede originarse luego de una situación de vital importancia o traumática. Hay infinitas formas de comienzo del cuadro delirante. Esporádicamente podemos encontrarnos con personalidades “de riesgo” como pueden ser las personas más introvertidas, que no tienen mucha interacción social, con un carácter más reservado. Si en la adolescencia, que es una etapa fundamental en el desarrollo psíquico afectivo del sujeto, la persona no se involucra socialmente pueden comenzar a aislarse o sentir que los demás surruran, la miran, la observan. A veces irrumpe de forma abrupta y antes del episodio su vida transcurría con total normalidad, luego del episodio delirante la persona vuelve a la normalidad. Otras veces con tratamiento y de ser necesario medicación desaparece completamente el cuadro. Ey (1950) observó que estos delirios agudos suelen estar precedidos por un nerviosismo anormal, trastornos del sueño, irritabilidad, trastornos de la conducta.

Juan Rojo (2018) complementa:

La aparición brusca del delirio es lo habitual (Ey, 1965): «por lo general, sin causa aparente, irrumpe el delirio con una brusquedad sorprendente»; por este motivo Magnan también lo denominó «delirio inmediato» (délire d'émblée). Desde su aparición, el delirio ya está constituido, es un «delirio súbito» 41 . El delirio es polimorfo, es decir, sus temas son múltiples y variables: persecución, grandeza, transformación, posesión, envenenamiento, influencia, despersonalización, desrealización, transformación del mundo, alucinaciones, ilusiones, interpretaciones delirantes y se pueden observar comportamientos impulsivos así como acciones extrañas e incongruentes. El paciente puede aparecer espantado o extraordinariamente 49 angustiado, excitado, y pasar con rapidez de una a otra manifestación. Los temas, por lo general, están mal hilvanados, sin sistematización, y muchas veces evolucionan combinándose entre sí. La lucidez de la conciencia suele permanecer intacta y el enfermo se comunica con los otros suficientemente orientado, aunque en otras ocasiones se detecta que el paciente está distraído, ausente y ensimismado (a veces perplejo). (p.49-50)

Además agrega que Ey (1950) aportó una característica esencial sobre estos delirios:

son explosiones delirantes incoercibles vivenciadas («pur vécu»), es decir, son delirios más «vividos» que «pensados» o «hablados»; la experiencia delirante es poco intelectualizada por el paciente, a diferencia de lo que ocurre en los delirios más crónicos o persistentes, en los que el paciente ya sistematiza su pensamiento alrededor del delirio (p.50)

Evolución de los delirios:

Es de gran importancia diferenciar un delirio que fue evolucionando con el transcurso de los años del que se produce abruptamente, ya que este último es más sencillo de tratar y hacerlo desaparecer.

Podemos hablar de “buen pronóstico” cuando el paciente sabe que lo que le ocurrió fue debido a una enfermedad y que una vez culminado el paciente continuará su vida con normalidad sin los delirios o alucinaciones. A esta situación se la denomina crítica del delirio. Esto es en contraposición a la memoria delirante, que refiere a un paciente que luego de vivenciar el delirio lo considera como verdadero, es decir cree que si existió o que era cierto y no producto de su enfermedad.

También puede suceder que el delirio se enquisté, es decir que existe pero no interfiere en su vida personal, si es cuestionado el paciente lo va a mencionar, pero el mismo se encuentra “envuelto”, lo aparta de su vida personal.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

La O.M.S define a la rehabilitación psicosocial como un proceso que facilita la oportunidad de que las personas (impedidas, discapacitadas o afectadas por un trastorno mental) o en desventaja alcancen su máximo nivel de funcionamiento independiente. Implica la mejora de las capacidades individuales y la introducción de cambios ambientales que permitan a las personas con trastornos mentales vivir con la mejor calidad de vida posible.

La Rp tiene como objetivo proporcionar a los individuos y las sociedades niveles óptimos de funcionamiento y minimizar la discapacidad, la minusvalía y la minusvalía, desarrollar al máximo su potencial para elegir exitosamente las decisiones de su vida.

La Rp es una problemática compleja, ya que a su vez abarca la participación y colaboración de distintos actores como la familia, el entorno laboral, el entorno social y los hospitales.

Las intervenciones psicosociales tienen como objetivo reducir el impacto de los síntomas negativos y positivos de la esquizofrenia en la vida de estos pacientes, aumentar el conocimiento de los pacientes y sus familias sobre el trastorno que pueden tener y promover la adherencia al tratamiento farmacológico. Apunta a su vez a la prevención de futuras recaídas, a la mejora de las habilidades sociales y a reforzar las redes sociales o de contención de los pacientes. Además se busca proporcionar tanto a los pacientes como a sus familias o cuidadores, estrategias de afrontamiento del estrés, herramientas para que los familiares puedan acompañar sin que implique un desgaste o deterioro personal. Es de esta manera que se han implementado por ejemplo grupos de autoayuda para los familiares. Se pretende visibilizar esta enfermedad, reducir la discriminación y el estigma social que sufren estos sujetos.

ASESINATOS EN SERIE.

El asesinato en serie como fenómeno social tiene solo 125 años y es parte de una creciente ola de violencia desde mediados del siglo XIX. Tiene que ver con la cada vez mayor complejidad de nuestra sociedad, nuestra interconexión a través de los medios de comunicación y la alienación que muchos de nosotros sentimos. Es importante destacar que durante las guerras mundiales disminuyó la frecuencia, dado que se producían muertes a

escala mayor de diversas formas y tras batallas en diferentes partes del mundo. Una vez finalizadas se reanudaron los asesinatos, particularmente en Estados Unidos, aunque luego se extendieron por otros países también.

En aquellos lugares donde las personas se encuentran aisladas y desprotegidas, en donde los adolescentes se desplazan por calles peligrosas y los vecinos no se conocen entre sí probablemente se desencadenen estos asesinatos. Por otro lado, se trata de un fenómeno propiamente urbano, ya que de esta forma logran mantener el anonimato y mezclarse entre la muchedumbre.

Antes de que Ressler acuñara el término “asesino en serie” estos crímenes eran denominados como “asesinatos cometidos por desconocidos” y eran diferenciados de aquellos que eran cometidos por familiares o alguna persona conocida. Además agregaba:

Para la mayoría los componentes emocionales de la violencia dentro de la familia resultaban comprensibles; la mayoría, en algún momento de su vida, había considerado la posibilidad de levantar una mano furiosa contra su cónyuge o su hijo, y podía entender que este arrebato de furia desembocara en un crimen. Los componentes emocionales del asesinato cometido por un desconocido, por el contrario, resultaban incomprensibles. (p.50)

En la Edad Media, la incapacidad para comprender estos crímenes hizo que se los atribuyera a hombres lobo o vampiros. Antes de la época de Freud, se los asociaba eventos sobrenaturales, ya que eran la única explicación lógica para estos derramamientos de sangre y actos atroces excesivamente brutales. Las personas percibían elementos demoníacos en estas acciones. Para Ressler no estaban completamente equivocados, ya que al intentar explicar las acciones de personas como Jeffrey Dahmer se podría pensar la existencia de algo satánico pues escapa de toda explicación lógica

Dado que la gratificación obtenida de tales crímenes es sexual, siempre existe la posibilidad de que el perpetrador cometa otro ataque porque el impulso sexual permanece a posteriori. Esto también forma parte de la naturaleza serial.

Ressler añade:

Es importante destacar que el componente sexual de estos asesinatos no está relacionado con una sexualidad normal, sino que engloba un amplio espectro de satisfacciones perversas de carácter sexual. La venganza, la expresión de poder y la dominación son elementos que están presentes, entre otros similares, en el acto de matar, así como la necesidad de humillar sexualmente

a la víctima e incluso de degradarla a una categoría inferior a la de objeto. Cuando los asesinos agreden o mutilan un cuerpo, están expresando su deseo de despojarle de todo vestigio de humanidad. En muchas ocasiones, al ser detenidos, expresan su sorpresa de que la sociedad se preocupe tanto por sus víctimas, por las que ellos no sienten más que desprecio. (p.52)

¿Qué entendemos por “Asesinos seriales”?

Ante la interrogante de qué es exactamente un asesino serial se despliegan múltiples definiciones y explicaciones atribuidas a distintas disciplinas y corrientes de pensamiento, que abarcan desde aspectos médicos hasta aspectos políticos. Delimitar si un asesino en cuestión es un psicópata o un psicótico facilitará el estudio del mismo, ya que de ello podrán depender las motivaciones para cometer sus crímenes, así como las víctimas elegidas.

Bafico, en su libro “El origen de la Monstruosidad (2012) expone que:

Los asesinos seriales propiamente dichos se caracterizan por matar un mínimo de tres a cinco personas en más de un día entre un crimen y el siguiente. El asesino no tiene relación previa con las víctimas y el crimen ocurre al azar o sin conexión con los otros.(p. 21)

El criminólogo Robert Ressler (2013) los define como:

El asesino serial promedio estaría representado por un hombre que proviene de la clase social media-baja, generalmente de más de treinta años, que sufrió abuso físico, mental, o ambos en su niñez. Algunos de ellos son personas muy inteligentes, que generaron grandes expectativas entre sus familiares. También se sabe que muchos de ellos tienen fijación por la policía y otras figuras de autoridad. Algunos trataron de ser incorporados a la institución policial, pero fueron rechazados, otros sirvieron en el ejército. (Bafico,2020). Ressler diferenció dos categorías de asesinos: el asesino organizado y el asesino desorganizado.

El Asesino Organizado presenta una inteligencia por encima de la media y lleva instrumentos para cometer el crimen. La tortura y la violación ocurren antes del asesinato ya que les genera placer. Intentan deshacerse de toda posible evidencia, escondiendo o destruyendo el cuerpo de la víctima. También es una persona atractiva y tiene un trabajo estable que le permite subsistir, además de poseer buenas habilidades comunicativas. Aparte de buscar el sufrimiento del otro, busca su angustia.

Los asesinos organizados son conscientes de sus actos. No son perturbados mentales, en el sentido en que el profano concibe la locura, sino que por lo general se les considera

competentes mentalmente para conocer y comprender sus actos. (Ressler & Shachtman, 2003,p.13)

Romi (2011) agrega que estos sujetos por lo general son muy sociables, por lo general cuando son capturados, despiertan la extrañeza de las personas ya que son considerados como cálidos, simpáticos, inofensivos. (p.179)

En contraste a lo anterior, el asesino desorganizado no planifica sus crímenes ni lleva herramientas para cometerlo. No es tan inteligente y no se preocupa por esconder las evidencias. Son poco atractivos y suelen sentirse excluidos de la sociedad. (p.19-21) Por lo general presentan un coeficiente intelectual entre 80 y 95 y cometen los crímenes de forma impulsiva.

Néstor Durigon en su libro “Asesinos Seriales” añade:

Un rasgo importante entre los asesinos seriales es la personalidad: sea quien sea, siempre estaremos frente a un psicótico o a un psicópata, patología sumamente importante a la hora de investigar, ya que define su forma de actuar. El asesino serial es ególatra, mentiroso, desprecia las normas sociales y los derechos del prójimo. Sobrevalora a las personas con el fin de tener una excusa para concretar sus objetivos. No cuenta con principios morales ni con sentimiento de culpa. Padece el trastorno característico que los especialistas llaman «trastorno antisocial de la personalidad» El asesino serial clásico siempre es conflictivo y no sufre remordimientos. (p.24)

A su vez menciona que no siempre son agresivos, ya que en algunas ocasiones canalizan su hostilidad y agresividad mediante sus prácticas sexuales. Estadísticamente la mayoría de los asesinos seriales son hombres ya que las mujeres representan un 11% en esta categoría.

El médico forense Juan Carlos Romi, en el apartado *Algunas reflexiones criminológicas y psicopatológicas sobre los crímenes seriales* (2011) añade:

En general los asesinos en serie están específicamente motivados por una multiplicidad de impulsos psicológicos, sobre todo por ansias de poder y la impulsión sexual. Los crímenes suelen ser llevados a cabo de una forma similar y las víctimas a menudo comparten alguna característica (p.176)

Hugo Marietan en “Los perros me hablan” (Bafico,2012) menciona algunas características principales de los psicópatas: “El psicópata tiene una muy especial empatía con el semejante

y desde esta posición de empatía y de identificación despliega sus habilidades de manipulación.” (Bafico, J. 2012. p. 34)

Es por esto, que resulta muy difícil distinguirlos de una persona común. Podemos clasificarlo en dos grandes grupos, por un lado la sociopatía en la cual predomina violencia física y agresividad y por otro lado la psicopatía relacionada a una violencia emocional.

“En términos psicoanalíticos podríamos incluir a la psicopatía como una patología del superyó, en la medida que en que esta instancia tiene como origen la internalización de ciertas pautas sociales, entre ellas, las éticas o morales.” (Bafico, J. 2012. p. 34)

La doctora Lilia Romero, Psiquiatra Forense de México en su artículo Asesinos Seriales psicóticos (2017) expone lo siguiente:

La gran mayoría de los asesinos seriales psicóticos, se encuentran en el perfil denominado “desorganizados” en donde: el hecho no es bien planificado, suele surgir en la oportunidad que se tenga, las víctimas son fruto del brote de la enfermedad por lo que en gran mayoría son personas del núcleo familiar, el hecho se comete posterior de haber dejado el tratamiento farmacológico médico y haber tenido un desajuste de la enfermedad en donde en algún tiempo ya habrían escuchado voces que le decían lo que tenían que hacer para calmar una angustia relacionada con la idea delirante; muchas veces también actúan porque el brote de su enfermedad se ha producido como consecuencia del consumo de drogas, psicotrópicos o alcohol (...) Las pruebas del delito y las armas utilizadas no las oculta, las deja en evidencia o se las lleva consigo, en su gran mayoría es un cuchillo de cocina el que se utiliza para cometer el homicidio. en su gran mayoría es un cuchillo de cocina el que se utiliza para cometer el homicidio. Una mente enferma no se preocupa por si ha dejado huellas dactilares u otros indicios(...)

LOS MOTIVOS QUE LLEVAN A MATAR Y ANTECEDENTES

Hay numerosas opiniones y estudios con respecto a los motivos que llevan a los distintos delincuentes a cometer estos crímenes. Para Robert Ressler (2014) está relacionado con la falta de amor y contención durante la infancia, sumándose episodios de abuso sexual.

Muchos de ellos fueron criados en un contexto de violencia psicológica y física, en donde predominaban las adicciones por ejemplo al alcohol o en algunos casos a distintas drogas. No tuvieron una figura de referencia que les enseñe a distinguir el bien o el mal, que de apoco les enseñen a vivir en sociedad.

Como se mencionó anteriormente la infancia es un aspecto relevante en el estudio del asesino en serie. Para Ressler la infancia es una etapa fundamental, donde uno aprende a comportarse de forma correcta en la sociedad, a respetar y cumplir las normas y, en caso de transgredirlas, entender que podría haber una sanción. Muchos de los asesinos entrevistados sufrieron una carencia afectiva durante su infancia o algún tipo de abuso. La mayoría presentaba una familia disfuncional. Siguiendo estas líneas agrega:

Tal vez la razón sea que en la sociedad moderna muchos jóvenes fueron niños solitarios. Se volcaron en la fantasía como resultado de los malos tratos físicos y psíquicos sufridos en la infancia, y en la edad adulta fueron mentalmente incapaces de participar en una relación sexual normal, basada en el mutuo acuerdo (p.54)

Ressler trabajó muchos años como agente del FBI y presencié múltiples crímenes terroríficos e interactué con un centenar de asesinos encarcelados. Explicaba que muchas veces los asesinos luego de cometer los crímenes sienten remordimiento o incluso tienen afecto y cuidan a los cadáveres en detalles insólitos, algo que es incomprensible para el sentido común, ya que el hecho de arrebatarse la vida a un ser humano es el acto más inhumano y cruel que una persona puede hacerle a otra, pero en la mentalidad del criminal tiene coherencia y lo sienten como tal. Da el ejemplo de un médico que, luego de estrangular a sus víctimas, las mete en bolsa de plástico para protegerlos de mordeduras de pescados o en el agua fría del mar, y el asesinato de los niños, en el que confesó que fue para que ellos no tuvieran que vivir con la ausencia de su madre y la presencia de un padre asesino, un razonamiento totalmente retorcido. Otro asesino, William Hereins, que luego de apuñalar a sus víctimas y quitarles la vida, les vendó las heridas. Esto lo denomina la “voluntad de deshacer”; El intento de deshacer el crimen y el triste intento de restituirlo.

Juan Carlos Romi en el texto *Algunas reflexiones criminológicas y psicopatológicas sobre los crímenes seriales* (2011) indica que a menudo se ha observado que estos sujetos mostraban sentimientos de insuficiencia, inutilidad, minusvalía. A veces se debe a humillaciones y traumas sufridos en la infancia. Los delitos que cometen tienden a darles una sensación de poder y a menudo sirven para tomar represalias, vengarse o reivindicar su estado históricamente frustrado. Los asesinos en serie a menudo tienen impulsos extremadamente sádicos. Es posible que hayan tenido un historial de piromanía cuando eran niños, siempre provocando incendios por la emoción de destruir cosas y ser crueles con los animales. Frecuentemente estos sujetos carecen de empatía, no captan el sufrimiento de otro ser vivo.

Siguiendo por esta línea, los motivos que los llevan a asesinar son:

- a. Psicóticos: Delirios y Alucinaciones que les dan órdenes.
- b. Proféticos o Iluminados: También son llamados Asesinos Apóstoles, creyendo que sus acciones estaban justificadas cada vez se deshacen de ciertos tipos de personas no deseadas (una prostituta o un miembro de un pueblo) autorizado por una autoridad divina o mística para hacerles un favor a la sociedad.
- c. Placer: Este tipo de homicida, asesinó por el simple placer de hacerlo. Las características pueden diferir, algunos pueden disfrutar en la búsqueda de elegir a su víctima y encontrarla, otros quizás les agrada más torturar a la víctima o abusarla sexualmente.
- d. Beneficio secundario o lucro: Están motivados por una recompensa económica y no por una compulsión psicopatológica.
- e. Poder, dominio o control:

En palabras de Rojo:

Este es el asesino serial más común. Su principal objetivo para matar es obtener y ejercer poder sobre su víctima. Tales asesinos algunas veces fueron maltratados de niños, se sienten increíblemente impotentes y a menudo se satisfacen en prácticas que están vinculadas a las formas de abuso que sufrieron ellos mismos. Muchos asesinos de este tipo abusan sexualmente de sus víctimas, pero difieren de los asesinos hedonistas en que la violación no es motivada por lujuria, sino por otra forma de dominación sobre el martirizado (p.181)

LA CONDUCTA DELICTIVA:

El asesino serial sexual que habitualmente se observa, es por lo general un varón introspectivo, tranquilo, reservado, distante de buenos modales, agradable, sin amigos, solitario en sus decisiones, hiperbólico, tímido, estudioso, suele ser fácilmente descartado como sospechoso por su historia de persona pasiva que no reacciona frente a la violencia, ordenado, meticuloso, pulcro, es común que no fume, no beba ni consuma drogas y si lo ha hecho, no es un adicto. Suele ser mojigato y condena la obscenidad la vulgaridad y las palabras soeces (p.181)

Es especialmente propenso a cometer delitos cuando sufre una pérdida de autoestima, es objeto de burlas, es rechazado sexualmente o se cuestiona su masculinidad. Este obstáculo lo compensa con una conducta delictiva, restituyendo su narcisismo, su egoísmo y su

egocentrismo hasta convencerse de sus poderes para cometer delitos y evadir las investigaciones policiales para volverse más listo. Muchas veces hacen comentarios acerca de sus crímenes opinando lo que deberían hacer el asesino cuando sea capturado. En general, no tiene remordimientos luego del crimen, no siente empatía por sus víctimas y no le importan las implicaciones morales de sus acciones, y las menciona sin mucha resonancia emocional.

El asesino serial presenta una secuencia psicopatológica en su accionar:

Generalmente comienza cuando el asesino comienza a recrear su mundo de fantasía separando su comportamiento exterior aparentemente normal de su introspección psicológica alterada. De a poco sus sueños de destrucción y muerte van debilitando gradualmente el contacto con la realidad. La idea de un crimen los obsesiona, por lo que comenzarán una tiránica búsqueda de posibles víctimas en función de sus necesidades imaginadas, hasta que finalmente marquen una "presa" que se ajuste a su "patrón interno". Así comienza la fase de seducción. Debido a sus rasgos psicópatas, tiene una especial predilección por seducir a sus víctimas.

El asesinato propiamente dicho se contrasta con un clímax erótico. Según las preferencias homicidas, asfixiar, golpear, quemar y envenenar tienden a estar asociados a un orgasmo. La tortura es frecuentemente usada como un acto premeditado de homicidio. Por lo general estos sujetos mantienen algún objeto de la víctima que les sirve como un recordatorio del crimen, otras veces coleccionan partes del cuerpo.

“Luego del hecho delictivo el serial suele presentar un periodo de acalmia, como un período refractario de su sexualidad, acompañado de un estado de lasitud que puede llegar hasta la depresión y aun a un eventual intento de suicidio”. (Romi, Juan,2011,p.183)

En el texto *Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos* los autores indican que:

la violencia del psicótico es de tipo reactiva, impulsiva y/o a sangre caliente. El sujeto paranoico está movido, motivado o impulsado a actuar en función de los contenidos anormales de sus creencias delirantes (...) Además, las escenas de los crímenes de estos sujetos están tan desorganizadas –fiel reflejo de su estado mental–, que en ningún caso suelen reparar en actos de precaución que reflejen que han intentado eliminar pistas de cara a la investigación policial (pag .243)

Además mencionan que estos psicóticos muy pocas veces son conscientes de la gravedad de sus actos.

Distintas ramas de la psicología y su relación con la conducta criminal.

Siguiendo por esta línea, nos interesa mencionar los aportes de la Psicología criminal y criminología.

La Psicología criminal ha sido entendida tradicionalmente como la ciencia que estudia las causas y motivos, normales y/o patológicos, que conducen a una persona a convertirse en un delincuente (Soria,M & Saiz,D,2005,p.28). Esta disciplina pertenece a la Psicología Jurídica que se encarga de investigaciones criminales, tratamiento con delincuentes, victimización delictiva. La criminología estudia el crimen, como se genera, su desarrollo, evolución y configuración.

El criminólogo y médico italiano Cesare Lombroso en su Tratado Antropológico Experimental Del Hombre Delincuente (1876) define a la conducta criminal de acuerdo a rasgos biológicos y físicos. Dentro de los rasgos físicos se puede observar las diferencias en los tamaños del cráneo hasta en la forma de las orejas o mandíbulas. Además sostenía que las personas nacen con una predisposición innata a la delincuencia y entendía que la evolución del hombre estaba vinculada a la misma.

Cesare planteaba una clasificación de delincuentes: delincuente nato, delincuente loco moral, delincuente epiléptico, delincuente loco, delincuente pasional, delincuente ocasional.

La Psicología evolutiva, también ha brindado información acerca de la personalidad de los criminales. Afirma que existe una correlación entre el entorno del niño y su desarrollo cognitivo, que la personalidad proviene de una interrelación de factores e interacciones sociales que se van produciendo desde la infancia. La adolescencia es una etapa significativa en la constitución de la personalidad, es donde empiezan a relacionarse con sus pares, y en donde lamentablemente empiezan a consumir drogas, a ser intervenidos por la policía o a involucrarse en contextos más peligrosos. La falta de maduración y curiosidad, la ausencia de normas o sostén, de acompañamiento es lo que muchas veces terminan incidiendo en los actos criminales.

Por otro lado, la Psicología Biológica intenta comprender si hay nexo entre la conducta criminal con aspectos biológicos. Antiguamente, científicos sociales y psicólogos se resistían a aceptarlo dado que se basaban en reduccionismos científicos extremos. Hoy en día los avances científicos permiten comprender que los procesos biológicos se relacionan con el entorno social. Se realizaron algunos estudios que permite comprobarlo: Estudios genéticos; en donde se intenta entender cómo influye la herencia genética en el comportamiento criminal. Hay un caso famoso, en donde se observa dos gemelos separados, que fueron criados en distintas familias, y se observan semejanzas que se atribuyen a factores biológicos y diferencias atribuidas a factores sociales.

La psicología criminal estudia los correlatos demográficos del delito: nivel socioeconómico, edad, sexo, raza. (Blackburn,1996) plantea que dentro de la primer categoría se pueden observar distintos factores: tasa de desempleo, nivel de ingresos, se ve relacionada con la desorganización familiar. Otros autores plantean que la diferencia de oportunidades puede desencadenar el delito en aquellas clases sociales más vulnerables. En cuanto a la edad, la Psicología criminal ha demostrado un particular interés sobre la delincuencia juvenil; la misma comienza a partir de los 10 años, se observa un pico entre los 15 y 18 años y luego a los 21 comienza a descender. En cuanto a la categoría sexo, se observa un mayor número en el sexo masculino, y se lo atribuye a los procesos de socialización. Por último las tasas de delincuentes de color son mayores que las de blancos.

LA AGRESIÓN:

Para Valzelli (1983) la agresividad es uno de los componentes de la conducta de los seres vivos que muchas veces es utilizada como mecanismo de defensa para la supervivencia frente a cualquier amenaza física o psicológica y otras veces para satisfacer necesidades vitales.

En el artículo del portal académico *The Conversación; En el Cerebro de las personas violentas; ¿es posible y efectivo su tratamiento?* (2021) se plantea la base biológica de los comportamientos violentos. El debate lo realizan Francisco Lopez Muñoz (profesor de farmacología) y Cecilio Álamo (catedrático de farmacología). Estos autores explican que la génesis de las conductas violentas y agresivas es compleja ya que participan factores ambientales, factores hereditarios y neurobiológicos.

Los autores mencionan que:

Cómo hace ya más de 40 años se demostró que las conductas agresivas en el humano se relacionaban con alteraciones en el área límbica y en los lóbulos frontales y temporales. Más recientemente, gracias al desarrollo de las técnicas de neuroimagen, se ha obtenido información adicional sobre la relación entre la anatomía cerebral y la conducta agresiva. De esta manera se ha encontrado una relación entre la agresividad y las alteraciones del hemisferio dominante y del lóbulo temporal izquierdo. Además, otras zonas del cerebro, como el hipotálamo, la amígdala, el lóbulo frontal y la corteza cingulada, ejercerían un papel modulador de estas conductas. Estas técnicas de neuroimagen también han confirmado una disminución del volumen de la sustancia gris en la corteza orbito frontal en un grupo de delincuentes violentos y criminales psicópatas.

Estos autores cuestionan que es lo que sucede en el cerebro de estos criminales a nivel químico. Añaden que:

Las hipótesis más consolidadas actualmente postulan una reducción del funcionalismo serotoninérgico, junto a una hiperactividad del sistema central de neurotransmisión noradrenérgico. Además, otros sistemas de neurotransmisores, como la dopamina, el GABA, los péptidos opioides, el glutamato y la acetilcolina podrían estar implicados en este tipo de conductas. Al menos, en modelos animales. Otros estudios han mostrado que cuando más bajos son los niveles de 5-ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, en el líquido cefalorraquídeo, los niveles de agresividad de los actos suicidas son mayores. También que los individuos con niveles bajos de este metabolito presentan una historia personal de más detenciones policiales, conflictos laborales y conductas autoagresivas.

En el artículo *Neuropsicología de las conductas agresivas: aportaciones a la criminología* de la revista Iberoamericana de Neuropsicología (2020) los autores; Paula Tangarife Calero y Joaquín A. Ibañez Alonso distinguen dos tipos de comportamiento agresivos que tienen procedencias neuronales diferentes. Por un lado la agresión reactiva y por otro lado la agresión instrumental. La agresión reactiva es provocada por un estímulo que el sujeto percibe como amenaza o frustrante, se relaciona con ataques que no son planificados productos de la ira contra el objeto de amenaza. La agresión instrumental, la definen como aquella que sí es intencional y dirigida hacia un objetivo con el fin de obtener un beneficio o algo a cambio. Agregan que:

Del estudio con animales se ha podido detectar que el sistema neuronal básico que media la respuesta de agresión reactiva es el siguiente: cuando un estímulo peligroso está cerca, tanto que es imposible la respuesta de huida, se activan las áreas amigdalinas mediales que, pasando por la estría terminal, llevan la señal al hipotálamo y acaba en la sustancia gris periacueductal. Se cree que este mismo sistema es el que media la agresión reactiva en humanos, estando regulado el sistema por el córtex prefrontal medial, orbital y frontal inferior. (p.172)

Mientras que la respuesta de agresión instrumental procede como cualquier otra respuesta motora en el lóbulo frontal del cerebro, y más específicamente, por la corteza prefrontal, la corteza motora y el núcleo caudado.

El comportamiento agresivo por lo tanto está regulado por circuitos neurales complejos que involucran varias áreas corticales y varias estructuras subcorticales. Estas estructuras están ampliamente interconectadas, de modo que la actividad de cada una tiene efectos sobre las demás.

El sistema límbico cumple una función importante en las conductas autorreguladoras como las memorias personales, conductas espaciales y sociales y las emociones.

La amígdala es una estructura subcortical, forma parte del sistema límbico y se sitúa en la zona interna de los lóbulos temporales mediales. Está liada en el comportamiento emocional y motivacional, por lo que tiene una gran incidencia dentro de las respuestas agresivas del sujeto. Es fundamental su desempeño en la capacidad de regulación de las emociones negativas. Además la amígdala se involucra en procesos de percepción y consolidación de contenidos emocionales, esto va a repercutir en la agresividad instrumental, ya que es sustancial en el aprendizaje y reforzamiento de estímulos.

Con respecto a la agresividad reactiva, complementan con lo siguiente:

la amígdala forma parte del sistema mediador de respuesta de agresión reactiva (RAR), Amígdala-Hipotálamo-Sustancia Gris Periacueductal. Una actividad incrementada de la amígdala ante estímulos emocionales crea un riesgo mayor de respuesta reactiva al aumentar la capacidad básica del sistema de amenazas². Por otra parte, la corteza orbitofrontal, junto con la corteza La corteza prefrontal está directamente relacionada con la modulación de los comportamientos agresivos, así como la autopercepción de la agresividad. Particularmente, la actividad reducida de la corteza prefrontal se relaciona con el comportamiento violento, la agresión y el crimen(...)prefrontal medial y la corteza prefrontal dorsolateral, conforman las tres regiones funcionales principales del córtex prefrontal, íntimamente ligado con la autorregulación del comportamiento y la toma de decisiones (...) (p.173)

Los mecanismos que se mencionaron anteriormente que son los responsables de generar y regular el comportamiento violento pueden verse alterados naturalmente por el temperamento violento de una persona, o por algún tipo de enfermedad mental o lesión cerebral. Estudios realizados, han demostrado que en pacientes con trastorno mental por ejemplo, se produce un funcionamiento diferencial en la corteza prefrontal y en la amígdala, en otras palabras como una desactivación de la amígdala ante distintos estímulos olfativos, por lo que se concluye que en estos pacientes hay una reducción de reacciones

cerebrales, que en condiciones normales no se verían afectadas y responderían ante estos estímulos.

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA AGRESIÓN HUMANA

Teorías biológicas:

Distintos estudios de Karl Lorenz (1966) demuestran que la agresividad siempre existió y que la misma tiene un carácter de supervivencia. Es un instinto universal que tanto los animales como la especie humana debió experimentar para sobrevivir. En el caso de los humanos son un ejemplo las guerras, lucha de conquistas, la dominación de unos frente a otros. De esta forma se intentaba observar el carácter positivo de la agresividad, como medio para poder obtener distintos fines.

En palabras de Lorenz

La agresión expresa una predisposición emocional universal, pero que se halla sujeta a la adaptación cultural y al aprendizaje individual, es decir, no se encuentra determinada por la biología, pero sí condicionada significativamente. En síntesis, todos los seres humanos poseen esta predisposición, pero la agresión no es destructiva, sino que es un adaptación reactiva ante una amenaza a la supervivencia del sujeto y no tanto una erupción de energía espontánea. (p.43)

Siguiendo por estas líneas, Jorge Luis Chapi Mori en la revista en su publicación *Una revisión Psicológica a las teorías de la agresividad (2012)* también describe distintas teorías;

Teorías de la frustración:

Esta teoría se planteó por primera vez en la hipótesis de los autores Dollard y Miller (1994), mencionaban que la frustración interfiere en el proceso de comportamiento de los individuos y ocasionan un aumento en la tendencia de actuar de forma agresiva

Teoría del aprendizaje social:

Esta teoría hace énfasis en la incidencia del entorno social, pero aclara que muchas veces la agresividad se utiliza para protegerse. Para explicar esta teoría se basa en su principal exponente Albert Bandura (1975). Bandura se refiere al hecho de que aprendemos principalmente observando otros modelos; imágenes o cualquier forma de representación. Esta modelación estará dada por los agentes sociales y sus diferentes influencias, de las cuales principalmente son tres: Influencias familiares, influencias subculturales y modelamiento simbólico. A continuación, se desarrollarán brevemente cada una. Las Influencias familiares se basan en las interacciones entre los principales miembros familiares, quienes son considerados como figuras de referencias por ejemplo los padres que a través de su imposición y dominación ocasionan conductas agresivas en sus hijos. En el caso de las influencias subculturales hacen referencia a grupos de personas que tienen creencias, actitudes, costumbres u otras formas de comportamiento distintas a las de los miembros dominantes de la sociedad, de esta forma, la influencia será decisiva para la adquisición de la agresividad. Por último el modelamiento simbólico, Jorge Luis Chapi Mori (2012) lo describe de la siguiente manera:

Los estudios nos indican que no solamente a través de la observación y experiencia directa con algo tangible nos da ciertas pautas modeladoras que generan agresión, sino también toda imagen que pueda actuar como estímulo llamativo en un determinado contexto, siendo entre los principales los medios de comunicación masivos como la televisión y actualmente la Internet. La principal información que genera conductas agresivas son los temas violentos sea este de guerras, asesinatos, segregacionismo y la pornografía(p.90)

RELACIÓN ENTRE ENTORNO FAMILIAR Y DELITO:

Estudios han demostrado que los entornos familiares tienen un gran peso en la problemática de la delincuencia, describen a las familias como duras, erráticas y con carencia de habilidades sociales. Otros estudios analizan otras dimensiones como la aceptación, calidez la hostilidad y rechazo que se generan en los vínculos. Maccoby & Martin, (1983) afirman que de estos resultan cuatro estilos de relación: El autoritativo: se acepta al niño pero al mismo tiempo se le demanda, el autoritario: se observa cuando se rechaza al niño pero además se producen una serie de demandas, indulgente: aceptan al niño y no se le demanda a diferencia del caso anterior y por último el negligente en donde se presentan agentes de rechazo y no hay demanda. De los cuatro mencionados, el autoritativo permite el desarrollo de la

autoconfianza, un gran desarrollo moral mientras que el autoritario provoca baja autoestima y niveles de agresividad.

Diversas investigaciones demostraban mayores actitudes negativas, la presencia de abuso emocional, abuso sexual, negligencia por parte de los padres delincuentes frente a familias no delincuentes. Además las familias de los delincuentes suelen ser disfuncionales; ausencia de uno de los progenitores, por ejemplo la figura materna, que termina generando falta de control sobre el niño, frente a este escenario el sujeto crece sin límites y reglas para convivir o adaptarse en la sociedad. O en otras situaciones, la separación de los padres en donde previamente el menor presencia las violentas discusiones entre ellos.

Luis Eduardo Torrez Pinto y Hugo Alberto Zambrano Pérez en su artículo *Camino al Crimen desde la Infancia (2019)* mencionan que si un infante:

vive una infancia con sufrimiento, esto quebrantará su cognición, y se generarán sentimientos negativos, traumas o secuelas, producidos por un daño psicológico, lo cual indica que el sujeto ha sido víctima de abusos, que pueden ser de carácter físico (golpes, torturas, quemaduras) o moral (humillaciones, insultos, entre otros). Esta afectación psicológica tiene consecuencias tales como la inseguridad, inestabilidad, agresividad y otras alteraciones que afectan la personalidad; por ende, el sujeto presenta una conducta antisocial, tendiente a criminal. (p.18)

Además agregan que el daño psicológico debido a experiencias traumáticas durante sus primeros años de vida pueden desarrollar a largo plazo conflictos con la ley, tendencia a conductas criminales.

Siguiendo por esta línea los autores citan a Barrita López (2008) e indican:

Todo crimen constituye un daño intencional a los demás en provecho de una ventaja personal. Posiblemente, estas formas de incurrir en actos contrarios a la norma social sean para atender una necesidad latente. Los jóvenes que han sido maltratados por sus padres presentan por lo general problemas con la ley, consumo de alcohol y drogas, autolesiones, riñas, robos o unión a grupos que dañan a los demás, entre otros; estos actos esconden una necesidad de pertenencia a grupos, de afecto, de atención, etcétera. (p.20)

Florybeth Hernández Arguedas (2015) menciona a los autores Vásquez y Col (2010) que indican que además de lo mencionado anteriormente:

Los factores socioculturales como las privaciones económicas, desempleo de los padres, vivir en zonas urbanas marginales, falta de una red de apoyo social también tiene gran peso en el desarrollo de las personas. La presencia de factores psicológicos como niños malhumorados, agresivos, destructivos e incapaces de desarrollar la tolerancia a la frustración puede conllevar al desarrollo de personas con problemas del comportamiento.

LA ESCUELA Y EL GRUPO DE IGUALES

Farrington (1979) sostiene que no son las escuelas quienes promueven la delincuencia sino las características de los propios niños reflejando los valores de sus propias familias. Si bien la escuela podría ser un facilitador para la delincuencia dado que otros niños pueden imitar conductas antisociales de sus pares, en otros casos las inhibe.

Miguel Angel Soria & Dolores Sáiz Roca (2005)

La labor del psicólogo criminal o criminalista se basa en su integración en un equipo con la misión de realizar el análisis psicológico de los escenarios de un crimen, desde el punto de vista de los indicios y evidencias conductuales. Así, analiza a la víctima y su perfil de personalidad, analiza al agresor y sus motivaciones, las características del crimen (método, nivel de violencia, secuencia de actos, etc.). Con todos estos datos, se elaboran perfiles de los agresores que ayudan a la clarificación de los delitos y la identificación de los criminales. (p.60)

LA PREDICCIÓN DEL RIESGO FUTURO DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS

La peligrosidad es un tema muy complejo en el ámbito legal, ya que en muchas ocasiones determinará las decisiones sobre los internos de las unidades penitenciarias. Por este motivo hay instrumentos diseñados específicamente para medirla; Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1991; Hare y Hart, 1993) y la Escala de Psicopatía (HSRP, Hare, 1985).

La primera es una escala de calificación aplicada en base a una entrevista con el sujeto y una revisión de su historia. Cada elemento se califica en una escala de tres puntos según se aplique claramente al paciente(2), algo o poco claro (1) o no se aplique en absoluto (0). Así, la puntuación total puede variar de 0 a 40, siendo 30 o más considerados psicopatía, es decir, similitud con el arquetipo. La correlación entre los dos factores de la escala es de aproximadamente 50.

La Escala de calificación psiquiátrica (HSRP, Hare, 1985), que consta de 25 elementos calificados en una escala de 5 puntos, complementó las entrevistas descritas anteriormente.

Sin embargo, existen problemas significativos con la predicción del riesgo en sujetos individuales. y específicos, como la pobreza predicha clínicamente y las tendencias Los profesionales exageran el peligro. Cuando evaluamos el riesgo de error, encontramos las siguientes posibilidades:

- Verdaderos positivos: Se estima alta peligrosidad y se comprueba que efectivamente la hay.
- Falsos positivos: Se anuncia alta peligrosidad pero no se comprueba.
- Verdaderos negativos: Se trata de un bajo riesgo y no hay acciones violentas en el futuro.
- Falsos negativos: Se predice bajo riesgo y posteriormente se producen crímenes violentos.

Miguel Angel y Dolores Saiz (2005) mencionan a Pueyo y Redondo (2004) donde sintetizan a la violencia de la siguiente forma:

- saber el riesgo que tiene un chico de cometer un delito de robo con fuerza, un asesinato o una violación.
- conocer anticipadamente si un terrorista suicida va a hacer explotar una bomba en el interior de un autobús.
- conocer la probabilidad de que un marido despechado por la ruptura matrimonial pueda asesinar a su ex-esposa.
- saber si una madre podría estrangular a sus hijos en venganza contra el abandono del padre de éstos.
- conocer si un preso, al concederle la libertad, puede reincidir en conductas violentas y delictivas.
- anticipar que un enfermo mental grave o un deficiente mental pueda comportarse violentamente con sus familiares o desconocidos en su vida cotidiana y en la comunidad en la que vive.
- tener conciencia de que un menor, al finalizar una pena de internamiento o un programa de rehabilitación, va a continuar realizando actos de vandalismo callejero o de violencia en el seno de una banda o grupo organizado.
- pronosticar el suicidio de un anciano o de un joven que está sufriendo un episodio de depresión intensa o de desajuste personal por distintas razones.

- vaticinar que, si no se deja de consumir alcohol u otras drogas, un determinado individuo va a continuar maltratando a sus hijos menores en el seno de la familia
- presagiar el resultado de las conductas de un grupo de hinchas seguidores de un club deportivo en un encuentro de la máxima rivalidad.
- prever si un grupo organizado, banda juvenil o secta, va a cometer actividades de naturaleza violenta sobre individuos aislados u otros grupos en un momento determinado

Estos mismos autores señalaron que las predicciones de riesgo la violencia debe emprenderse sobre la base de un análisis integral de todos los aspectos de la violencia;

- A. La naturaleza específica de la violencia: qué tipo de violencia ocurrió.
- B. La gravedad de conductas violentas; la intensidad de su impacto.
- C. la frecuencia; cuántas veces ocurrió el comportamiento.
- D. La urgencia; ¿cuándo ocurrió la violencia?
- E. La probabilidad; una indicación para ajustar la predicción del riesgo de ocurrencia de la violencia.

En la revista *Violencia y Esquizofrenia: un análisis clínico – forense (2015)* analizan las variables predictoras de violencia en las personas diagnosticadas de Esquizofrenia y escogen los aportes de Swartz Hiday Borum, Wagner y Burns (1998) en donde afirma que los actos violentos se relacionan principalmente con la ausencia de tratamiento y con el incumplimiento terapéutico.

Algunos autores consideran como factores de riesgo también el aislamiento, la exposición a la violencia en el entorno habitual, infancia con conductas problemáticas, consumo de alcohol o otras drogas que en algunos casos son utilizadas como automedicación para compensar ciertos síntomas como la ansiedad, depresión, insomnio, apatía.

Otros autores consideran como mal pronóstico la historia familiar de esquizofrenia, el inicio precoz de la enfermedad, la falta de sostén y acompañamiento.

En resumen, la evaluación del riesgo de violencia incluye determinar el riesgo del individuo de cometer un acto violento en el futuro. La finalidad de esta evaluación puede ser variada, abarca desde el ámbito clínico destinado a la intervención, prevención o medidas urgentes hasta el ámbito jurídico donde se considerarán las decisiones sobre la puesta en libertad del infractor, medidas de expulsión, etc. Tales predicciones pueden hacerse de manera confiable y eficiente si las basamos en procedimientos técnicos.

Pueyo y Redondo (2004) sugieren que la evaluación del riesgo sea realizada de forma profesional y científica respetando las consideraciones legales de cada marco jurídico y que el riesgo sea evaluado desde distintos procedimientos y formas.

Es importante entender que no es posible hacer predicciones específicas sobre el futuro comportamiento violento de un individuo dado con un alto nivel de certeza o predicción científica. No tenemos forma de conocer el riesgo, simplemente podemos estimarlo asumiendo ciertas limitaciones de tiempo y contexto.

Los autores Miguel Angel y Dolores Saiz, recogen de Ávila Espada (2004) los siguientes determinantes de riesgo a tener en cuenta para valor el futuro riesgo de violencia:

- Cantidad y tipo de apoyo social disponible para la persona.
- Impulsividad.
- Reacciones a la provocación (ira).
- Una incapacidad para empatizar con los otros («psicopatía»).
- La naturaleza de los delirios y alucinaciones que a veces acompañan a los trastornos mentales

Siguiendo por estas líneas Juan Rojo (2018) agrega:

No obstante, el problema está cuando los pacientes psicóticos con sus delirios activos no se medican. Como muestran en un trabajo Keers y cols. (2014) en los pacientes psicóticos que estudian, solo se asocia violencia cuando no están tratados con medicación. Es cierto, que, cuando se habla de esto, a veces nos encontramos con que hay grupos «contra» la medicación psiquiátrica, a la que consideran «droga», pero los trabajos científicos controlados y libres de toda sospecha son contundentes, repetitivos y claramente veraces. Cualquier clínico que trate pacientes psicóticos y lea en los textos anteriores a la aparición de los psicofármacos las posibilidades de control de los delirios, confirmará una y otra vez la necesidad de estos tratamientos. ¿Quiere esto decir que los

psicofármacos actúan claramente sobre la etiología de los delirios y de la psicosis y que no hay más que entender que el tratamiento con fármacos? Ciertamente, no, pero hoy por hoy, aunque apoyemos el tratamiento con medidas psicosociales, no conocemos otra posibilidad más efectiva, demostrada, que el tratamiento antipsicótico. Los médicos no somos «promedicamentos», somos prosalud, y cuando se demuestre que otra medida es más eficaz que los tratamientos psicofarmacológicos y con menos contraindicaciones o efectos secundarios, evidentemente iremos a esa medida por el bien del paciente, que es nuestra misión fundamental. Hasta entonces la ideología «contra» la medicación está fuera de nuestro ámbito de interés a favor de los pacientes psicóticos (p.55)

CRIMEN Y CASTIGO

En el artículo Crimen y Castigo. Una reflexión desde América Latina, de la revista latinoamericana de estudios de seguridad (2019) se discute sobre el objetivo y eficiencia del castigo. Adam Smith (1776) sostiene que las personas tienen las facultades como para poder discernir entre los beneficios y riesgos de cometer un crimen.

Se discuten dos perspectivas, una asociada a la prevención y la otra a la represión. Gary Becker (1992) planteaba que los delincuentes podrían modificar su conducta a través de una mayor eficiencia policial, sentencias y sanciones más severas.

Por otro lado el enfoque prevencionista de José Martí (1882) aborda la violencia con conceptos tradicionales de salud pública como la promoción de la salud, prevención de lesiones, prevención de traumas físicos y emocionales. Estos contemplan toman en cuenta circunstancias sociales, políticas y económicas que pueden explicar la violencia o el crimen.

Los autores mencionan que por lo tanto:

focalizan su análisis de la posibilidad de contener o reducir ese comportamiento y en la posibilidad de actuar sobre esas circunstancias condicionantes. Entre tales circunstancias, es posible destacar situaciones de pobreza insuperable, desempleo crónico, mínimos niveles de educación, desintegración o disfuncionalidad familiar, exclusión social, leyes inadecuadas o injustas, entre otras. Desde esa perspectiva, para la disuasión del delito, el sector público privilegia políticas con un enfoque preventivo, orientadas más a limitar o anular las circunstancias sociales que lo propician, que a contenerlo o castigarlo una vez que se ha cometido.

Agregan además que:

En el contexto de esta perspectiva, la encarcelación no es vista como un castigo, sino como un proceso de rehabilitación de quien ha delinquirido, para permitir su reinserción social. La principal crítica al enfoque de la decisión racional o punitivo, desde esta lógica, señala que, si bien es posible que condiciones inhumanas en las prisiones tengan un efecto disuasorio sobre posibles delincuentes, no es un argumento que pueda esgrimirse hoy para justificar una práctica que está inevitablemente vinculada a la vulneración de los derechos humanos básicos, y se encuentra fuera de los marcos constitucionales de la totalidad de los países occidentales.

Estudios han demostrado que las malas condiciones carcelarias como el hacinamiento, los malos tratos, diferentes torturas, contribuyen a que se produzcan más delitos o a que queden bajo el dominio de otros criminales poniendo en riesgo su vida, además pierden contactos sociales y no consiguen oportunidades de empleo. Todo esto conlleva muchas veces a la reincidencia del crimen.

Los autores agregan que las políticas de encarcelación, entendiéndose como tales: castigo, incapacitación, disuasión y rehabilitación, están pensadas más en el castigo que en la reinserción de la persona en la sociedad. Muchas veces la prisión termina siendo un hogar protegido para el delincuente y un castigo para las minorías marginales.

Además agregan:

(...) el castigo en las cárceles, inversamente a lo que se podría esperar, hace que el criminal sea envidiado (*InSight Crime* 2019; Dias 2014; Toby 1981). Los jefes del crimen organizado manejan a sus bandas desde sus celdas y pueden llegar a convertirse en héroes populares para muchos jóvenes, que los ven como modelos sociales, en lugar de transgresores. Son muchos los casos de grupos criminales que, desde cárceles en América Latina, se relacionan con el mundo exterior cometiendo delitos de una manera que los hace sentir moralmente superiores a sus captores (Adorno y Dias 2016; Dias et al. 2015; Adorno 2002). Estos prisioneros no se sienten deshonrados por el tiempo en la cárcel y, en muchas prisiones en países como Brasil, México, Venezuela, Honduras y El Salvador, son ellos quienes, además, controlan las cárceles (CIDH 2011; Adorno y Días 2016)(...)

Los autores realizan la siguiente pregunta y la responden:

¿Existen, detrás de estos números, políticas de encarcelamiento como medidas que persigan, de manera prioritaria, la disuasión de los delitos más comúnmente perpetrados o los de mayor impacto social? La evidencia muestra que no es así; más bien, son encarcelados aquellos delincuentes que son más fáciles de apresar o que, por su condición de vulnerabilidad, no pueden evitar su procesamiento. Son, en definitiva, solo el eslabón más débil de la cadena

Para concluir:

Sociólogos, criminólogos y especialistas en políticas públicas han usado palabras como "falta de organización", "desorden" e incluso "cerca del caos" para describir las políticas de encarcelamiento y el funcionamiento de los sistemas modernos de la justicia penal. (Woods 2016; Dias et al. 2015; Dammert y Zúñiga 2008) La justicia penal en América Latina hace honor a esos calificativos, pues se encuentra en un estado de crisis, sin capacidad para enfrentar la violencia extrema ni crimen organizado. Dispone de policías con pocos recursos y exceso de trabajo, los tribunales están sobrecargados y las prisiones, superpobladas (Woods 2016; Maihold 2011; Dammert y Zúñiga 2008). Por otra parte, está la cuestión del costo de las políticas carcelarias. Si las prisiones latinoamericanas no reducen el crimen, el aumento de la población carcelaria significará un desperdicio de dinero de los contribuyentes. 8 En resumen la encarcelación severa, tal como se practica en América Latina, es cara, contraproducente y no tiene el efecto disuasorio anunciado.

Beatriz Kalinsky en su texto "*El agente penitenciario: la cárcel como ámbito laboral*" describe a grandes rasgos la realidad que viven los agentes penitenciarios durante su labor; se describe el ambiente, las condiciones, el riesgo al que están permanentemente expuestos, siendo en muchos casos vulnerables frente a las distintas amenazas, demandas que reciben, como también la presión a la que están sometidos. Entendiendo que no solo los policías son los rehenes en este contexto, ya que a su vez son los mismos que ejercen la autoridad contra los internos y muchas veces sin considerar ni respetar sus derechos, se produce las diferencias de poder

En relación a las expectativas del recluso, son sumamente relevantes. Sucede que existe un exceso de demanda por parte del preso hacia el agente penitenciario sobre asuntos que no son pertinentes a su tarea, generando en él frustración por no poder cumplir con las demandas exigidas. Muchas veces la única relación que mantiene el recluso es con el operador, lo que se significa que éste deberá asumir la presión de enfrentar los problemas del otro, generando un ambiente frágil y hostil. Esto repercute en los agentes generando efectos directos sobre su salud desde depresión, agotamiento y síntomas físicos.

Las autoras Ana Folle y Ana Vigna en su texto “Cárceles en el Uruguay, siglo XXI” (2014) mencionan que muchos agentes penitenciarios dicen vivir con incertidumbre, ya que consideran su trabajo como de alto riesgo. No saben si volverán a sus casas, qué deberán enfrentar al día siguiente en su trabajo; es una cuestión de sobrevivir el día a día sin tener un esquema acerca de cómo llevar adelante su labor. El agente debe generar habilidades específicas para sobrellevar la realidad en la que se ve implicado y las contradicciones de la propia tarea. “Todo ello conlleva fuertes costos emocionales, frente a los cuales los funcionarios deben desarrollar diversas estrategias para poder lidiar con ellos. (Folle, A. y Vigna, A., 2014, p.113)

Las autoras sostienen que:

El no involucrarse demasiado en estas situaciones es parte de las regulaciones formales del trato a los prisioneros, pero también es un mecanismo de defensa, un refugio para el *stress* emocional. Sin embargo, mantener excesiva distancia y suprimir sentimientos, dispara la disonancia emocional y en ciertas situaciones, eso puede no ser tampoco «profesional» (Nylander et al., 2011: 477). (p.115).

De acuerdo con la cita mencionada anteriormente, no sería saludable para el agente tomar ninguna de las dos posturas, se necesita implementar medidas de prevención, ya sea atención psicológica (tanto para reclusos como agentes), talleres, etc. Todas estas adversidades de lo contrario perjudican al trabajador tanto como a la institución, ya que afecta la salud a la hora de desempeñarse en el trabajo como también en el ámbito intrafamiliar. La rehabilitación de los reclusos debe ser un trabajo realizado desde una perspectiva integral y desde la comunidad ya que nos es pertinente a todos.

ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL

El estigma social es una temática compleja en nuestra sociedad. Quienes sufren alguna afección mental quedan excluidos muchas veces del mercado laboral, o presentan dificultades para obtener un buen empleo, otras veces en el caso de tenerlo, si el empleador se entera del pronóstico de forma automática se anulan las posibilidades de un ascenso o cargos con mayor responsabilidad. También en la mayoría de las veces presentan problemas para generar o mantener vínculos sociales y afectivos y algunos quedan aislados de la sociedad.

Klaus Gauger, en su libro *Mi esquizofrenia* (2019) menciona:

El estigma social, otra carga que pesa sobre los afectados por la enfermedad, sigue siendo enorme. Las personas con esquizofrenia paranoide pasan por ser imprevisibles, peligrosas e incluso, a menudo, débiles mentales. En los informativos y en los periódicos aparecen con frecuencia, presentados de forma sensacionalista, casos espectaculares en los que un enfermo, en su delirio, quizás ha atacado a un miembro de su familia o a algún personaje famoso. Tales cosas suceden, en efecto. Por otra parte, esa presentación en los medios, a veces tan estridente, lleva con demasiada rapidez a la conclusión equivocada de que todas las personas que padecen de esquizofrenia son un peligro para su entorno. En realidad solo una escasísima minoría comete actos violentos. Mucho más a menudo, estadísticamente, corre peligro el ciudadano corriente de ser asaltado, herido (p.35)

Por lo general los pacientes esquizofrénicos, si cumplen con la medicación adecuada, pueden adaptarse de forma correcta en la sociedad y ser inofensivos. Por eso es tan importante la asistencia médica, el apoyo y el sostén del entorno. Gauger sostenía que el enfermo psicótico es un paciente sufriente y es esencial poder comprender la enfermedad y no asumirla como extraña o alejada de la persona.

Gauger, explica que:

El estigma social obliga además a ocultar la enfermedad. Los esfuerzos constantes por silenciarla dejan en el enfermo daños psiquiátricos y generan rencor contra una sociedad que obliga a mantener esa táctica del silencio y a llevar esa doble vida. Y especialmente injusta es esa doble vida forzosa cuando afecta al mercado del trabajo. Las personas con discapacidad física, ya sean ciegas, sordas, cojas o les falte quizás un brazo, pueden hablar abiertamente de su limitación sin perder por eso sus perspectivas en el mercado de trabajo. Las personas con esquizofrenia no tienen otra posibilidad que silenciar su enfermedad cuando buscan trabajo. La sociedad las deja casi por completo en la estacada, porque apenas hay un apoyo efectivo profesional o medidas compensatorias para las personas que padecen tal enfermedad. (p.36)

Juan Rojo (2018) Menciona que los medios de comunicación contribuyen ampliamente en este proceso. Podemos observar cuando sucede algún hecho inusual inmediatamente se cataloga a la persona como loca o enferma mental, como si fuera la única manera de justificar esa conducta. Se cuestiona entonces si no cabe la posibilidad de que la razón no sea una enfermedad mental, o quizás una mala educación en su infancia, ausencia de límites o normas para poder vivir en sociedad. Rojo toma los aportes de Barcia (2000) y señala la relación de la psiquiatría con la

cultura, por lo tanto el concepto “loco” es una construcción cultural. Algo interesante que agrega es que:

Las palabras locura y loco (posiblemente de origen árabe) están relacionadas con lo «incomprensible»; por esto podemos decir que hoy en día no hay locos, sino enfermos psíquicos, que son una expresión humana del enfermar como otras muchas enfermedades que padecemos. Ciertamente, hay una diferencia que quizá es la que más desconcierta a la gente sana: el compromiso del «yo». Cuando padecemos un dolor de rodillas o una gripe o una colitis, en todos estos casos podemos decir «estoy mal, me duele la rodilla, tengo fiebre», pero «mi yo» está sano; es como si fuera el cuerpo el que está enfermo y se mantuviese esa dicotomía antigua que separaba el «yo» del cuerpo (p.15)

El enfermo mental es un paciente, un enfermo, pero no un loco. ¿Seguro? Evidentemente, la ciencia así lo dice y la medicina también; el problema no es del paciente, ni siquiera de la sociedad per se: el problema es de la falta de desarrollo cultural. Cuanto más subdesarrollado es el país más se estigmatiza al enfermo psíquico. Cuando el país alcanza un nivel de desarrollo mucho mayor —sin que llegue a desaparecer, por desgracia, la estigmatización—, más se plantea en la misma sociedad que estos enfermos son tales, que hay que prevenir la enfermedad y curarla, que no es un paciente «sin razón», no es un demente (demencia significa falta de razón), ni un alienado al que hay que temer por las «locuras que pueda cometer». Más locuras comenten los sujetos llamados «sanos o normales» día a día —basta con ver los telediarios o leer los periódicos (p.24)

A veces podemos percibir este problema dentro del ámbito médico.

Siguiendo por estas líneas, la Lic. María José Acevedo, en su texto “La Implicación. Luces y sombras del concepto Lourauniano” habla sobre la triste realidad de las relaciones en los centros y hospitales psiquiátricos, en donde los derechos de los pacientes eran vulnerados y las relaciones con los médicos eran distantes. En los años 40 se intenta, entonces, modificar la relación médico-paciente, en donde se pueda incluir al enfermo en su proceso de recuperación. Si bien, hubo muchos avances, lamentablemente algunas situaciones de abuso de poder se siguen dando, quizás en distintos contextos, o no necesariamente en un centro psiquiátrico, pero sigue habiendo una estigmatización hacia los pacientes que sufren alguna afección mental, tanto desde las instituciones como de la sociedad en general. Por ejemplo, en la relación psiquiatra-paciente, muchas veces, el Psiquiatra ve al paciente desde un lugar superior, sintiéndose y convenciéndose superior, simplemente porque el “otro” no está en su mejor momento, y esto lo hace pensar que él va a tener la razón en todo, que no se puede equivocar, ya que el “otro” no puede decidir, no tiene sus habilidades cognitivas “normales” y por lo tanto sus argumentos no van a ser válidos, o no van a tener el mismo

valor que de otra persona que según su concepción sea “normal”. Por lo tanto el vínculo se reduce a la medicalización: el paciente es “el enfermo” que debe obedecer al psiquiatra, quien lo puede ridiculizar. Se suministra un fármaco acorde a lo que se observa durante la corta consulta, perdiendo de vista la totalidad de la persona. Se busca “encasillar” a dicha persona en alguna patología conocida y para la cual ya tiene el remedio correcto, tratándolo como si fuera un simple cálculo matemático de forma completamente objetiva e ignorando que pueden existir distintos matices. Como la persona está pasando por un mal momento, se aprovechan de su vulnerabilidad y no se respetan sus condiciones como persona, se administran mal las dosis de su medicación, se le quita importancia, dejándolo sin tenerle consideración o aunque sea respeto. La culpa recae entonces sobre el paciente, quien sería entonces el culpable por estar enfermo. A veces, además, se termina extendiendo el proceso solamente con fines económicos, aún cuando no parezca que haya esperanzas de mejoría. No obstante, el mismo psiquiatra es también una persona, con sus propias aflicciones y problemas. Esto puede provocar más problemas en el tratamiento ya que las actitudes del psiquiatra pueden verse alteradas. Por ello es importante que también se considere la realidad del mismo, lo cual crea el dilema: ¿quién es responsable de los posibles daños a raíz de la negligencia en el tratamiento y de sus consecuencias? ¿El mismo psiquiatra debe controlarse a sí mismo? ¿O la institución que lo contrata debe hacerse cargo? ¿Qué es más importante: el derecho del individuo de ejercer su profesión o controlar que aquellos con padecimientos mentales no puedan ejercerla?

Gauger, agrega que en muchos las consultas terminan reduciéndose a que el profesional le indica la medicación y el paciente obedece, no se consideran ni los sentimientos, ni emociones del momento, tampoco les interesa saber, lo que también puede obstaculizar el tratamiento.

CASOS

CASO 1: DAVID BERKOWITZ: Conocido como “El hijo de Sam”

David fue un asesino serial muy peligroso en su época. Se autodenominaba “El hijo de Sam”.

Antecedentes:

- Hijo no deseado: No conoció a su padre biológico y su madre lo abandonó

- Lo adoptó una pareja con tan solo meses de vida, y querían devolverlo.
- De niño tenía conductas agresivas, mostraba baja autoestima y era tímido.
- Inteligencia superior al promedio
- Infancia conflictiva, peleas con sus compañeros del colegio que lo hicieron pensar en la idea de autoeliminación.
- Tenía fuertes depresiones con episodios de ira
- En 1967 muere su madre adoptiva de forma sorpresiva, ya que el padre nunca le dio información sobre la enfermedad, por lo que la noticia fue desgarradora. Esto produce un fuerte shock emocional en su vida.
- No tenía una buena relación con su padre adoptivo, este lo abandonó a los 14 y se fue a vivir con su pareja. En 1971 David se inscribió en el ejército pero cuatro años después lo abandonó. En 1974 decidió buscar a su madre biológica, luego de encontrarla mantuvo visitas por un tiempo, se desconoce el motivo por el cual dejó de verla. Un año después se empezó a interesar por la magia negra, el ocultismo y la brujería.
- De su vida psicosexual, solamente se conoce que tuvo relaciones con una prostituta coreana que le contagió una enfermedad. Tenía muchas dificultades para establecer relaciones con las mujeres.

Escuchaba voces que le daban órdenes y le brindaban información. En 1975, una mañana dijo haber escuchado una voz que le decía “ella tiene que ser asesinada”. Es aquí el comienzo de los terribles crímenes.

Luego de esto, alquiló una habitación en la casa de una familia de apellido Cassara. Estos tenían un perro ovejero que ladraba continuamente. De aquí empezó a sostener una idea irracional de que dentro de los perros habitaban demonios que deseaban la sangre de mujeres hermosas. Pasó algunos meses en esta habitación y concluyó que lo habían engañado y esta familia en realidad eran demonios. Luego se mudó a otra casa, en donde había un labrador negro perteneciente a Sam Carr y sus alucinaciones siguieron aflorando.

Los oficiales e investigadores demostraron que sus crímenes se regían por leyes jurídicas, por lo tanto estaban atentos.

Algo a destacar, es una carta que le escribió en 1975 a su padre adoptivo:

“Está muy frío y melancólico acá en Nueva York, pero está bien, el clima es igual que mi humor: melancólico. Papá, el mundo se vuelve oscuro ahora. Lo puedo sentir cada vez más. La gente cada vez me odia más. No podrías creer lo mucho que me detestan. Muchos de ellos quisieron matarme. Ni siquiera conozco a esa gente, pero de todos modos me odia. La mayoría son jóvenes. Cuando voy por las calles, ellos me molestan y escupen. Las chicas me llaman feo y son las que más me molestan. Los muchachos solo se ríen. Como sea, las cosas pronto habrán de mejorar.”

En 1977 escribe una carta en donde deja evidenciado su psicosis alucinatoria, ya que se percibe el lenguaje alterado y errores sintácticos. Es aquí cuando declara que un perro fue poseído por un demonio y le ordenó cometer los asesinatos.

A continuación, parafraseando el artículo de Wikipedia, detallaré los crímenes.

ATAQUES:

- El 29 de julio de 1976, Donna Lauria y Jody Valenti estaban dentro de su coche cuando un hombre les disparó lo que provocó la muerte instantánea de Donna, mientras que Jody fue lastimada.
- El 23 de octubre de 1976, Carl Denaro y Rosemary Keenan conversaban dentro del vehículo cuando un hombre desconocido les disparó cinco veces, lo que provocó heridas superficiales a Rose, mientras que Carl sufrió una grave lesión craneal.
- El 26 de noviembre de 1976, Donna DeMasi y Joanne Lomino retornaban caminando del cine cuando un hombre se acercó fingiendo hacerles una pregunta para luego dispararles. Esto les provocó heridas graves, dejando a su vez a Joanne parapléjica.
- El 30 de enero de 1977, Christine Freund y John Diel, una pareja de novios, se preparaban para salir a bailar cuando su atacante disparó en tres ocasiones contra su automóvil, provocando heridas leves en John y graves en Christine, quien finalmente falleció en el hospital.
- El 8 de marzo de 1977, la víctima fue Virginia Voskerichian. Su agresor se le acercó y le disparó en la cara. Intentó protegerse el rostro cubriéndose con sus libros, pero no logró impedir su muerte.

- El 17 de abril de 1977, Alexander Esaú y Valentina Suriani, una pareja de novios, se estaban besando en su coche cuando se acercó un hombre desconocido y les disparó en dos ocasiones a cada uno. Valentina murió en el lugar, mientras que Alexander falleció en el hospital varias horas después.
- El 26 de junio de 1977, Sal Lupo y Judy Placido fueron atacados a la salida de una discoteca. Sus heridas fueron menores y ambos sobrevivieron.
- El 31 de julio de 1977, Stacy Moskowitz y Robert Violante, novios, estaban dentro de un automóvil estacionado cerca de un parque cuando un hombre se acercó y les disparó. Robert perdió un ojo y el 80% de la visibilidad del otro, mientras que Stacy murió en el hospital unas horas después.

CASO 2: LA LOCURA DE JEFFREY DAHMER

Jeffrey Dahmer conocido como “el Canibal de Milwaukee” o “El monstruo de Milwaukee”, fue uno de los asesinos seriales más conocidos en Estados Unidos. Entre los años 1978 y 1991 asesinó a un total de 17 personas. Muchos de sus asesinatos comprendieron necrofilia y canibalismo.

Dahmer tuvo una infancia complicada: su madre era alcohólica y sufría de severos episodios de depresión, los cuales le impedían hacerse cargo de Jeff y cuidarlo de forma correcta. Con su padre tampoco tenía un vínculo muy cercano, si bien convivían, carecía de afecto y contención, esenciales para esta etapa de su vida. A los 6 años la maestra de Dahmer notificó a sus padres por conductas extrañas que el niño presentaba, pero no le atribuyeron mayor relevancia.

Desde temprana edad tenía una fascinación por los animales muertos, practicaba experimentos, muchas veces los recogía, torturaba y luego los mataba con ácido para coleccionar sus cadáveres.

Durante su adolescencia tuvo un rendimiento medio. Era un joven solitario, que sentía que “no encajaba” en el ámbito educativo. No tenía muchos amigos ni afectos. Durante esa etapa también consumió alcohol, pero este hábito no le ocasionó problemas.

A los 18 años sus padres se divorciaron y empezaron a surgir conflictos por la custodia de su hermano menor. Este contexto influía fuertemente en la vida de Dahmer, y es en esta edad que comienza a consumir drogas. Se inscribió en la universidad pero no le fue posible finalizar sus estudios dado que lo expulsaron por abuso de alcohol y drogas. Es entonces aquí donde comienzan los asesinatos.

Inicialmente Dahmer asesinaba a sus víctimas y posteriormente las enterraba en el jardín, el mismo lugar donde coleccionaba sus esqueletos de animales. Con el tiempo comenzó a tener fantasías sexuales con los cuerpos, por lo que conservaba los cráneos y se masturbaba frente a ellos. Presentaba entonces una parafilia, en particular necrofilia. Además tenía fantasías de convertir a sus víctimas en zombies que obedecieran sus órdenes, para lo cual les inyectaba ácido o agua hirviendo en el cráneo. En esto último es donde se pueden observar delirios y alucinaciones que se corresponden con un cuadro psicótico.

En unas entrevistas que se le realizaron, Dahmer manifestó no entender el porqué de sus actos criminales. Afirmaba sentir placer durante esas terribles escenas. Mencionaba además su obsesión y compulsión por tener todo el control sobre sus víctimas.

Distintos psicólogos coinciden, en que en la mayoría de estos criminales, a los que les faltó una figura importante que los acompañe, eduque, transmita valores y respeto durante su infancia, tampoco la tuvieron en otra etapa, y esto es lo que los diferencia de aquellos que tampoco la tuvieron en la infancia pero si por ejemplo en su adolescencia, o en el transcurso de su juventud

CASO 3: ALBERTO FISH. Extraído del libro “Origen de la Monstruosidad” y de “Asesinos Seriales” de Nurigon.

Alberto Fish fue uno de los terribles asesinos del siglo xx en Estados Unidos. Fue acusado de torturar y matar a más de quince niños y sentenciado a silla eléctrica. Jamás sospecharon de sus horribles crímenes sus vecinos o conocidos, de hecho lo describen como un hombre cálido, encantador y religioso. Era un abuelito de apariencia cariñosa.

Antecedentes:

Nació en una familia con antecedentes psiquiátricos, la madre oía voces y sus tíos estuvieron internados en un centro psiquiátrico, su hermana era demente y el hermano era alcohólico.

Durante su infancia siempre se interesó por el sadomasoquismo, le causaba placer el provocar dolor a los demás y a sí mismo. A su vez leía publicaciones sobre crímenes y le apasionaban.

A los 20 años comienza a tener relaciones homosexuales, y es en ese entonces donde comete abuso sexual (violación) a un niño y asesina a la primera víctima. En este contexto, comienzan sus alucinaciones. Albert confiesa ante el perito psiquiátrico que obedecía a una orden divina. Llegó a decir que era Jesús Cristo y en otras oportunidades que Dios lo obligaba a cometer sacrificios.

“Escuchaba voces que me decían cosas y cuando no las comprendía todas trataba de interpretarlas con mis lecturas de la Biblia [...]. Entonces supe que debía ofrecer uno de mis hijos en sacrificio para purificarme a los ojos de Dios de las abominaciones y los pecados que he cometido. Tenía visiones de cuerpos torturados en cualquier lugar del infierno...”

Estaba obsesionado con la idea de que la única forma de evitar el pecado era a través del dolor y el sacrificio personal. El mismo se infligía dolor, y en una serie de exámenes que le realizaron se encontraron veintisiete agujas en su cuerpo en zonas considerablemente peligrosas; vesícula,recto,colon.

Lo capturaron varias veces, pero nunca estuvo detenido mucho tiempo, ya que no lo consideraban peligroso. Esto fue hasta que en 1935 fue atrapado por una escalofriante carta que le envió a la madre de una víctima en donde le comentaba su interés por el canibalismo y le confesaba que había probado carne por primera vez de su hija muerta;

“Querida señora Budd: Hace algunos años, mi amigo el capitán John Davis zarpó de California hacia Hong Kong, que por aquel entonces padecía los problemas del hambre y en donde las calles se habían vuelto muy peligrosas para los niños de entre 9 y 12 años, porque tenían la costumbre de matarlos y cortarlos en pedazos y vender su carne como alimento. Antes de zarpar mi amigo, raptó a dos niños, los mató, cortó en pedazos, guisó su carne, y se la comió. Esa es la razón por la que hace algunos años yo acudí a su casa el 3 de junio de 1928 con el pretexto de acompañar a su hija a la fiesta que daba mi hermana, y me la llevé a

una casa abandonada que había en Westcher County, donde la estrangulé, la corte en pedazos y comí parte de su carne. Tranquila; no la violé. Murió siendo virgen.”

El anciano, en su declaración, luego de dar los perturbadores detalles del crimen, confesó «No soy un demente, solo soy un excéntrico. A veces ni yo mismo me comprendo». Habló de su fantasía de comer carne en las noches de luna llena, por eso lo denominaron el maníaco de la luna.

El desalmado asesino también detalló la historia de un joven vagabundo al que obligó a realizar toda clase de actos sádicos, masoquistas y coprófagos durante dos semanas, además de rajarle las nalgas en varias ocasiones para beber su sangre. Finalmente intentó cortarle el pene con unas tijeras, pero cambió de opinión al ver el sufrimiento del chico y, arrepentido, le dio 10 dólares y le permitió escaparse.

Ante el psiquiatra explicó que estaba obligado a torturar y matar niños por orden divina, y que comérselos le provocaba un éxtasis sexual muy prolongado. También confesó las emociones que experimentaba al comerse sus propios excrementos, y el obsceno goce que le producía introducirse trozos de algodón empapado en alcohol dentro del recto, para después prenderles fuego.

A continuación adjunto carta completa del Libro de Alberto Durigón: *Asesinos Seriales* (2013):

Estimada Señora Budd. En 1894 un amigo mío fue enviado como asistente de plataforma en el barco de vapor Tacoma, el Capitán John Davis. Viajaron de San Francisco a Hong Kong, China. Al llegar ahí él y otros dos fueron a tierra y se embriagaron. Cuando regresaron el barco se había marchado. En aquel tiempo había hambruna en China. La carne de cualquier tipo costaba de 1 a 3 dólares por libra. Así tan grande era el sufrimiento entre los más pobres que todos los niños menores de 12 años eran vendidos como alimentos en orden de mantener a los demás libres de morir de hambre. Un chico o chica menores de catorce años no estaban seguros en las calles. Usted podía entrar a cualquier tienda y pedir corte en filete o carne de estofado. La parte del cuerpo desnudo de un chico o chica sería sacada y lo que usted quisiera sería cortado de él. El trasero de un chico o chica la cual es la parte más dulce del cuerpo era vendida como chuleta de ternera a un precio muy alto. John permaneció ahí durante mucho tiempo adquiriendo gusto por la carne humana. A su regreso a Nueva York robó a dos chicos uno de 7 y uno de 11 años de edad. Los llevó a su casa, los despojó y desnudó y los ató a un

armario. Entonces quemó todo lo que ellos portaban. Varias veces cada día y cada noche los azotó —los torturó— para hacer su carne buena y tierna. Primero mató al chico de 11 años de edad porque tenía el trasero más gordo y por supuesto una mayor cantidad de carne en él. Cada parte de su cuerpo fue cocinada y comida excepto la cabeza, los huesos y los intestinos. Fue asado en el horno (todo su trasero), hervido, asado, frito y estofado. El chico pequeño fue el siguiente, fue de la misma manera. En aquel tiempo, yo vivía en la calle 409 E 100 cercana a la derecha. Él me decía frecuentemente cuan buena era la carne humana, que decidí probarla.

El domingo 3 de junio de 1928, yo le visité en el 406 W calle 15. Le llevé un pote de queso y fresas. Almorzamos, Grace se sentó en mi regazo y me besó. Decidí comerla. Con el pretexto de llevarla a una fiesta. Usted dijo que sí, que ella podría ir. La llevé a una casa vacía en Westchester que yo ya había escogido. Cuando llegamos, le dije que se quedara afuera. Ella recogió flores, subí y me quité mis ropas. Yo sabía que si no lo hacía las habría de manchar con su sangre. Cuando todo estuvo listo, me asomé a la ventana y la llamé. Entonces me oculté en un armario hasta que ella estuvo en la habitación. Cuando ella me vio completamente desnudo comenzó a llorar y a tratar de correr escaleras abajo. La atrapé y me dijo que se lo diría a su mamá. La desnudé. Pateó y me rasguñó. La estrangulé y entonces la corté en pequeños pedazos para poder llevarme la carne a mis habitaciones. La cociné y comí. Cuan dulce y tierno fue su trasero asado en el horno. Me llevó nueve días comer su cuerpo entero estaba deliciosa, carnosa y jugosa. No la follé aunque podría haberlo hecho si lo hubiera deseado. Murió virgen.

CASO 4: ED GEIN: EL LADRÓN DE TUMBAS

Edward Theodore Gein, hijo de George Gein y Augusta Wilhelmine fue un terrible asesino Estadounidense, conocido como “el ladrón de tumbas”. Sus crímenes comenzaron a partir del año 1957, 9 años después de la muerte de su madre, figura muy importante en su vida y en la constitución de su enfermedad mental.

Los antecedentes:

- El padre era alcohólico y estuvo muy ausente durante su infancia. Además, en una entrevista confesó que cuando el padre bebía se tornaba violento. Falleció joven. La madre era fría, severa y fanática religiosa, factores que la llevaron a odiar a los hombres. Durante su infancia jamás le demostró afecto, ni siquiera un abrazo.
- No fue un hijo deseado, ya que la madre quería que fuera mujer. Lo crió mediante el antiguo testamento, leyéndole los pasajes de la biblia donde se hablaba del pecado.

- Ed cursó hasta octavo año. Luego se mudaron a una granja, en un pueblo de 800 personas donde empezó a trabajar, por lo cual quedó excluido por completo de la sociedad, el único contacto que tenía era con su madre.
- El escritor Schecter menciona que la madre representó “un caldo de cultivo de la patología psiquiátrica” p.182
- Le interesaba la sangre y los sacrificios de animales.

Cuando la madre muere, algo en él se quiebra también, ya que su mundo dependía de las órdenes que esta le daba. Ed siempre la describió como una buena mujer, a pesar de los antecedentes mencionados. Era una persona que nunca conoció una realidad distinta ni pudo entender la diferencia entre bien y el mal. Es después de este trágico acontecimiento, en donde se despierta el cuadro con alucinaciones visuales, olfativas y auditivas. Las alucinaciones eran con la voz de su madre. A su vez se empieza a interesar por la magia negra y la disección de cuerpos. Leía rituales de cómo devolverle el alma a los muertos. Por momentos tuvo interés en realizarse una operación para cambiarse de sexo pero luego se arrepintió.

Nueve años más tarde luego de la muerte de su madre, irrumpe el primer asesinato. Se trató de una mujer llamada Mary Hogan. En 1957, vuelve a cometer otro asesinato, esta vez el de Bernice Worden en su lugar de trabajo. Fue el hijo de Bernice quién al ingresar a la tienda primero observó que se habían llevado la caja registradora y en el fondo un charco de sangre, ya se imaginaba la terrible situación. En ese momento Gein, se encontraba cenando en lo de unos amigos, cuando de repente un vecino ingresa con la explosiva noticia, a lo que Gein responde “debe tratarse de alguien con mucha sangre fría”. Luego lo detuvieron y cuando fueron a su granja, uno de los agentes al ingresar sintió que algo lo rozó sin imaginar la escalofrante y terrorífica escena de terror en la que se encontraba: el cuerpo de una mujer decapitado con un agujero.

Es difícil de creer que un ser humano pueda vivir de esa forma: se veía basura, desechos, desperdicios y excrementos. Cuando los oficiales alumbran con la linterna se logra ver revistas de terror, dentaduras, artículos sobre cambio de sexo. Según las investigaciones y confesiones, Gein utilizaba los cuerpos como mobiliario, creaba muebles con cuerpos que desenterraba del cementerio.

Se le realizaron test psicológicos los cuales obtuvieron como resultado que tenía una inteligencia superior a la media. Luego de someterse a varias pruebas psicológicas y test fue diagnosticado como esquizofrénico. Los médicos del hospital indicaron que sufría un trastorno emocional que determinaba su conducta irracional pero que luego podía sentir remordimiento.

Gein contó que tenía un ritual en las noches de luna llena, en donde se vestía con ropas hechas de piel humana y bailaba.

Finalmente el Médico Psiquiatra Edward Keheller lo diagnosticó como esquizofrénico.

Bafico en su libro, añade:

Este caso se nos presenta como una especie de mixtura entre una perversión y una psicosis, un asesino cuyo accionar está regido por la idea delirante de “convertirse en una mujer”. Para ello, debe confeccionar una especie de traje hecho con piel de mujeres a las que mataba, o exhumada de los cementerios.

Luego de varias entrevistas con Gein, los psiquiatras argumentan que las mujeres que asesinó de cierta forma les hacía recordar a su madre. Gein explica el crimen de Bernice Worden y manifiesta haber visto a su madre sentada en su camioneta:

(...)ella le explicó que Dios le había encomendado la misión de asesinar a la señora Worden porque era una mala mujer y merecía morir. Es así que regresó y tomó uno de los rifles de la vitrina y mientras ella miraba hacia la calle le disparó, cuando lo hizo, escuchó el teléfono sonar, levantó el tubo y nuevamente escuchó la voz de su madre diciéndole lo que debía hacer. Ed llevó a la víctima a su casa donde la desnudó, la colgó de pies y manos en la viga del granero, la decapitó (...) (p.189)

Él afirmaba tener un don para devolverle la vida a su madre, es así que durante muchos años desenterró cuerpos del cementerio con la fantasía de hacerlos resucitar.

Finalmente Ed Gein fue declarado inimputable.

El señor Gein ha estado sufriendo de una esquizofrenia por un indeterminado número de años, y este proceso esquizofrénico se pone en manifiesto mediante el pensamiento delirante. Él afirmó que sus actividades fueron el resultado de una fuerza externa que actuaba sobre él,

y que lo había elegido como un instrumento de dios para llevar a cabo las acciones que le fueron ordenadas. Ha habido por lo menos varios incidentes de alucinaciones olfativas, auditivas y visuales en los últimos doce años. El paciente, se muestra a sí mismo como alguien sumamente sugestionable, que estaba excesivamente unido a su madre, y fue de ella de quien obtuvo sus ideas tan moralistas respecto al sexo y la bebida (p.190 – 191)

ANÁLISIS DE LOS CASOS:

Principalmente debemos exponer que en los cuatro casos elegidos, nos encontramos con sujetos solitarios, con infancias conflictivas, padres ausentes y carencia de contención, protección y afecto. Una característica común en los cuatro casos es el deseo y necesidad de tener el control total de la víctima. En el caso de Ed Gain, algunos psiquiatras estiman que la madre fue quien le originó la enfermedad, ya que lo apartó de la sociedad reduciendo el vínculo exclusivamente con ella. Por todos los rasgos psicológicos que presentaban, se evidencia la imposibilidad de cumplir con sus responsabilidades y expectativas de la sociedad. Al igual que Dahmer también se interesó por los sacrificios con animales durante la infancia. Ed muchas veces se dirigía al cementerio y exhumaba tumbas donde había cuerpos de personas que eran físicamente parecidas a su madre. Además, como se observó en el caso, tenía alucinaciones visuales y auditivas: sentía la voz de su madre que lo mandaba a matar. Una de sus ideas delirantes, era la fantasía de convertirse en su madre, creando trajes con la piel de sus víctimas y luego la imitaba. Además presentaba una visión distorsionada y obsesiva sobre las mujeres.

En los casos de Alberto Fish y Jeffrey Dahmer, podemos visualizar que el tipo de delirio que presentan es de grandiosidad.

Según El Dsm Iv, El delirio de Grandiosidad:

Este subtipo se aplica cuando el tema central de los delirios es la creencia de que se posee algún talento o intuición extraordinarios (aunque no reconocidos), o que se ha hecho un descubrimiento importante. Con menos frecuencia, el sujeto puede tener una relación especial o la ilusión de ser una figura importante (por ejemplo, un asesor del presidente) (en cuyo caso, la persona real puede verse como un impostor). Los delirios de grandeza pueden tener

contenido religioso (por ejemplo, la persona cree haber recibido mensajes especiales de los dioses. (DSM-IV-TR, 2003). Generalmente quienes padecen de este trastorno, no es que no sientan remordimiento de sus acciones, sino que realmente para ellos no hicieron nada malo al revés, cumplieron el mandato que Dios les dio.

Jeffrey Dahmer, además evidenciaba el delirio mediante su fantasía de poder convertir a sus víctimas en zombies inyectándoles ácido en el cerebro. Lo curioso es que no buscaba matarlos, su propósito era aniquilar el intelecto de la víctima y conservar el cuerpo de la víctima vivo y obediente, por eso este intento de convertirlos en zombies, pero este tratamiento inevitablemente los llevaba a la muerte como un efecto no deseado.

En el caso de Alberto Fish, hacía sacrificios por órdenes de Dios y en alguna ocasión llegó a decir que él era Jesús Cristo mientras que, en el caso de Dahmer, el delirio lo podemos observar mediante su fantasía de transformar a sus víctimas en zombies que lo obedecen.

Por otro lado, David Berkowitz presentaba delirio paranoico y de Persecución. Juan Rojo (2018) mencionado a lo largo de esta monografía, describe este delirio de la siguiente manera: lo principal es la autoreferencia, es decir el paciente interpreta como personal todos los gestos que distintas personas pueden realizar, muchas veces los gestos existen pero el lo vivencia como intencional hacia él. Muchas veces sucede en lugares concretos como el trabajo o el pueblo en donde vive, por ejemplo nota que lo observan, o que comentan algo sobre él, aunque no sea de forma clara, que murmuran o incluso se rien de él. Para estos pacientes no es una suposición sino una Afirmación.

En relación, Rojo (2018) agrega que:

. Las autorreferencias se establecen sobre la relación interpersonal; son otras personas las que se fijan en él y a medida que se amplían ya no solo son gente conocida, sino también personas que no te conocen y aunque se vayan de viaje a otra ciudad allí también aparecen, «pues saben» el problema que tiene. Por esto, a menudo, estos pacientes, cuando van por la calle, andan con la mirada hacia abajo, de esta manera creen pasar más inadvertidos y así no se encuentran con las miradas de los demás (p.27)

Podemos verlo por diferentes situaciones que se presentan en el relato. Primero la desconfianza y creencias permanentes de que lo engañaban, es en ese momento en donde comienza a sostener la idea irracional de que dentro de los perros habitaban demonios. Tal era la convicción de sus ideas, que la segunda vez que se mudó asesinó al perro de los

dueños. A continuación, adjunto carta que le escribió su padre adoptivo en 1975 que confirma lo que mencionaba;

Está muy frío y melancólico acá en Nueva York, pero está bien, el clima es igual que mi humor: melancólico. Papá, el mundo se vuelve oscuro ahora. Lo puedo sentir cada vez más. La gente cada vez me odia más. No podrías creer lo mucho que me detestan. Muchos de ellos quisieron matarme. Ni siquiera conozco a esa gente, pero de todos modos me odia. La mayoría son jóvenes. Cuando voy por las calles, ellos me molestan y escupen. Las chicas me llaman feo y son las que más me molestan. Los muchachos solo se ríen. Como sea, las cosas pronto habrán de mejorar. (p.141)

Cabe destacar que en estos asesinos podemos encontrar distintas parafilias que explicaremos a continuación de las siguientes definiciones:

La parafilia consiste en “cualquier interés sexual intenso y persistente distinto del interés sexual por la estimulación genital o las caricias preliminares dentro de relaciones humanas consentidas y con parejas físicamente maduras y fenotípicamente normales “(DSM-V-TR, 2013, p.685)

El exhibicionismo consiste en la recurrente necesidad de exponer a extraños los genitales, el fetichismo es el uso de objetos inanimados o partes del cuerpo específicas, así como pelos, pies para lograr obtener excitación sexual. Por ejemplo un fetiche podría ser medias, ropa interior femenina. El Frotteurismo implica tocar o frotar a una persona sin su consentimiento, generalmente este comportamiento se produce en lugares públicos. El masoquismo alude a la práctica en donde el sujeto es humillado, golpeado para obtener placer sexual. El sadismo es infligir el dolor, humillar. Adolfo Jarner y Antoni Talarn (2015) explican, que si bien el DSM V considera al masoquismo y sadismo como entidades clínicas independientes, se ha demostrado clínicamente que en reiteradas ocasiones se presentan juntas. Por lo que muchas veces se habla de sadomasoquismo. El voyeurismo consiste en observar a personas generalmente desconocidas desnudas, o en plena actividad sexual.

La pedofilia se define como fantasías o deseos sexuales persistentes con niños prepúberes, generalmente menores de 13 años. Algunos se limitan a observarlos, masturbarse frente a ellos y desnudarlos, mientras que otros cometen actos más violentos como felaciones, penetraciones etcétera. El Travestismo: la característica esencial es vestirse con ropas de otro sexo. Hay distintos grados y depende del hábito corporal, gestos y habilidad. Por último la Necrofilia: es entendida como la atracción sexual por los cadáveres.

Jeffrey Dahmer, muchas veces luego de los asesinatos tenía relaciones sexuales con sus víctimas, por lo que presentaba necrofilia. Las motivaciones pueden relacionarse con el mero hecho de que siempre quería tener el control y dominio sobre su víctima sin que pueda rechazarlo o resistirse. Su intento por tener relaciones sexuales con un maniquí refuerza lo anteriormente mencionado, evita el rechazo. También coleccionaba partes del cuerpo de los cadáveres, los cuales utilizaba para su autosatisfacción sexual. En las entrevistas con Ressler daba entender que uno de sus motivos por los cuales llevaba a cabo su drástica decisión era porque no quería que se marcharan. Era incapaz de tolerar su ausencia. Además el hecho de sentir el dominio total sobre la víctima también le producía gratificación sexual. El canibalismo según explica en la entrevista era para que formaran parte de él, esto nos refuerza la idea de pensar en una posible estructura psicótica. Utilizaba también el concepto de tabú sobre la sexualidad, decía que era muy frustrante. A continuación expondré fragmentos de las mismas extraídas del libro *Dentro del Monstruo (2003)*:

RESSLER: A ver, un momento. Has dicho que las fantasías... ¿duraron mucho tiempo? Tenemos que remontarnos... al primer paso... ¿Cuándo?

DAHMER: Diecisiete.

RESSLER: Buscando en tus recuerdos, ¿tienes alguna idea de de dónde te vino esta fantasía a la cabeza, la de tomar físicamente a alguien por la fuerza? ¿También había asesinato de por medio? ¿Quitabas la vida a alguien?

DAHMER: Sí, sí. Todo... todo giraba alrededor de tener un dominio absoluto. El porqué, o de dónde me vino esto, no lo sé.

RESSLER: ¿Te sentías fuera de lugar en tus relaciones con la gente, como si no fueras capaz de tener una relación duradera?

DAHMER: En el pueblo donde vivía, la homosexualidad era el máximo tabú. Nunca se hablaba de eso, nunca. Yo sentía deseos de estar con alguien, pero nunca conocí a nadie que fuera gay, por lo menos que yo supiera; sexualmente era muy frustrante.

RESSLER: Bien. Dices que el joven estaba a punto de marcharse, que tú no querías de ningún modo que se fuera y que la única manera de retenerle era golpeándolo. Cogiste la barra y ¿qué? ¿Le dejaste inconsciente? ¿Qué sucedió después?

DAHMER: Cogí la barra y lo estrangulé.

RESSLER: ¿Y después? ¿Hubo actividad sexual antes de eso?

DAHMER: No. Yo estaba muy asustado por lo que había hecho. Anduve un rato de un lado para otro por la casa. Al final me masturbé.

RESSLER: ¿Estabas excitado por lo que había ocurrido? ¿Por tenerlo allí?

DAHMER: Por tenerlo cautivo.

RESSLER: Bien. Estaba inconsciente, o muerto; lo tenías en tus manos porque sabías que no podía ir a ninguna parte. ¿Era esto lo que te excitaba?

DAHMER: Exacto. Más tarde bajé el cadáver al sótano. Me quedo allí pero como no puedo dormir, vuelvo a subir a la casa. Al día siguiente, tengo que pensar en una manera de deshacerme de las pruebas. Compró un cuchillo, un cuchillo de caza. Por la noche vuelvo a bajar, le abro el vientre y me masturbo otra vez.

RESSLER: ¿Te excitó sólo el físico?

DAHMER: Los órganos internos.

RESSLER: ¿Los órganos internos? ¿La acción de destriparlo? ¿Te excitaste al abrir el cuerpo en canal?

DAHMER: Sí. Luego le corto un brazo. Luego todo el cuerpo en pedazos. Meto cada trozo en una bolsa y después todo en tres bolsas grandes de plástico para la basura. Pongo las bolsas en la parte trasera del coche y me voy a tirar los restos a un barranco, a quince kilómetros de mi casa. Son las tres de la madrugada. Voy por una carretera comarcal desierta y, a mitad de camino, me para un policía, por ir demasiado a la izquierda. El agente pide refuerzos. La patrulla. Son dos. Me hacen la prueba de alcoholemia. La paso. Iluminan el asiento trasero con la linterna, ven las bolsas y me preguntan qué es. Les digo que basura, porque cerca de mi casa no hay ningún vertedero. Me creen a pesar del olor. Me ponen una multa por circular demasiado a la izquierda... y vuelvo a casa.

Ressler, a lo largo de la entrevista fue interrogando diferentes aspectos de sus actos. Vuelve a aparecer la idea de su disconformidad con que se marcharan y la imposición frente al otro.

RESSLER: ¿Pensabas comprar todo ese equipo?

DAHMER: Sí. Ya tenía las lámparas y los esqueletos.

RESSLER: ¿Alguna vez creíste que podías conectar con algún poder del más allá?

DAHMER: Nunca estuve seguro. No tenía ninguna experiencia en esto, pero...

RESSLER: El hecho de que conservaras los esqueletos, los cráneos, el pelo, las partes del cuerpo..., dime, ¿qué había detrás de todo esto?

DAHMER: Conservar los cráneos era una manera de sentir que por lo menos había salvado algo de su esencia, que no había sido un desperdicio total

matarlos. Los esqueletos iba a utilizarlos para el templo, pero ésta no fue la motivación para matarlos; se me ocurrió después.

RESSLER: ¿Por qué pensabas que algo muerto te permitiría conservar el dominio, mantener una relación? ¿Porque eran inanimados y...?

DAHMER: No. Pero estaba obsesionado con este aspecto del asunto.

RESSLER: Parece que tolerabas mal que la gente se marchara.

DAHMER: Eran ligues de una noche. Siempre me dejaban claro que tenían que volver al trabajo. Y yo no quería que se fueran.

RESSLER: ¿Crees que eso era realista? ¿No pensaste nunca, en lugar de esos finales violentos, en unirse a alguien con quien tuvieras un interés mutuo para establecer una relación permanente? ¿Una especie de matrimonio?

DAHMER: No podía. Cuando fui a vivir al apartamento, ya estaba metido hasta el cuello en cierta manera de hacer las cosas. Además, nunca conocí a nadie que me inspirara la confianza suficiente para mantener este tipo de relación.

RESSLER: Entonces, el hecho de que tuvieras ese tipo de comportamiento... ¿no podías compartirlo con otra persona?

DAHMER: No.

RESSLER: Vamos a considerar la otra cara de la moneda: si hubieras conocido a alguien con quien te lo pasaras bien, que fuera compatible contigo y con el que te pusieras de acuerdo para planificar una vida en común, ¿habrías sido capaz de deshacerte de todo esto? ¿Lo habrías hecho? ¿Aun después de, pongamos por caso, la décima víctima? ¿O tras la número doce o catorce?

DAHMER: Esa persona habría tenido que ser completamente complaciente, dispuesta a hacer todo lo que yo quisiera, y no existen muchas personas así.

RESSLER: Es cierto.

DAHMER: Y si lo hubiera encontrado..., no sé, tal vez uno de los chicos que hacían *striptease*; pero es muy difícil encontrar a alguien así.

RESSLER: Entonces, ¿me estás diciendo que lo habrías preferido, pero que era imposible encontrar a alguien dispuesto a ese tipo de arreglo?

DAHMER: No me quedaba tiempo para andar buscando. Trabajaba seis días a la semana, tenía limitaciones de tiempo, y quería soluciones inmediatas

A Alberto Fish le producía placer infligir dolor a él mismo y a los demás, por lo tanto hablamos de una personalidad sádica y masoquista. Durante su infancia asistió a un centro en

donde recibía abusos y maltratos, pero no tenía intención de escapar, sino que lo disfrutaba le generaba placer, en ocasiones incluso llegó a presentar un orgasmo. También en una radiografía que se le realizó se constataron alfileres clavados en la pelvis y en los genitales. Además presentaba distintas parafilias como el exhibicionismo, el voyeurismo, fetichismo, pedofilia y canibalismo, lo que le producía un éxtasis total. Sentía placer practicando la coprofagia es decir ingesta de heces. Sobre Ed Gain podríamos inferir que presentaba de las parafilias mencionadas el travetismo, ya que quería ser mujer y en las noches de ocasiones se vestía como tal.

Ressler, afirmaba que muchas veces los asesinos elijen a las prostitutas como víctimas dado que son personas a las cuales pueden acceder fácilmente, su trabajo implica el interactuar con extraños lo cual otra persona no haría, aceptan subirse a algún coche por horas de la madrugada, su ausencia no genera un alerta, hasta que a los meses aparece su cuerpo, muchas veces los oficiales policías no se enteran. Todo esto entorpece la persecución de la policía. Podemos observar que algunas víctimas de Jeffrey Dahmer solían ser jóvenes que se dedicaban a la prostitución.

Conclusión y reflexión

Como Futura Psicóloga, trato de pensar muchas veces que la maldad es una respuesta inadecuada a muchos conflictos internos sin resolver en etapas de temprana edad, como surgió con estos asesinos; experiencias traumáticas, abusos sexuales, padres ausentes, violencia intrafamiliar, violencia psicológica, descuido de forma crónica. Lamentablemente la Psicosis puede potenciar estas conductas y terminar provocando estos actos atroces. Considero de vital importancia el acompañamiento de alguna figura de autoridad durante el transcurso de la infancia, educación y en el proceso de socialización que comienza en su hogar y posteriormente en la escuela, son etapas fundamentales en donde los sujetos van desarrollando su personalidad, entablando relaciones con sus pares, y aprendiendo a convivir en sociedad y a vincularse de forma sana, entendiendo el bien y el mal. Muchas veces en los sujetos que presentan una familia disfuncional, son las instituciones educativas que detectan algunas conductas poco comunes, agresivas o extrañas y dan aviso a quién corresponda para que los sujetos puedan ser derivados a alguna consulta con un psicólogo o psiquiatra de ser necesario. Por eso son cruciales estas etapas, dado que muchos de estos psicóticos con la medicación adecuada no terminan de esta forma.

Considero importante remarcar, qué al trabajar con estos criminales, no se intenta de justificar sus conductas por el pasado que tuvieron, sino de entender que es lo que desencadenó su violencia, para poder trabajarlo, darles el espacio que seguramente no han tenido y de esa forma implementar el método de trabajo que sea más adecuado para cada sujeto.

También poder verlo como un sujeto biopsicosocial, comprendiendo su globalidad, entendiendo sus emociones y sentimientos y no encasillarlo como paciente esquizofrénico o asesino serial, dado que a pesar de todo es un ser humano. Ayudarlos a entender el peso de sus acciones para que puedan asumir mayor responsabilidad criminal y moral.

Generalmente estos sujetos se sienten rechazados por la sociedad gran parte de su vida, perciben una gran ausencia de afecto por parte de su entorno, se sienten extraños, solitarios, tienden a sentir que los demás los miran mal, los excluyen, discriminan o humillan.

Como hemos visto en los cuatro casos expuestos, estos sujetos fueron criados en familias disfuncionales, en donde los padres eran alcohólicos, violentos, o padecían alguna afección mental. Crecieron sin protección y contención, ninguno recibió apoyo por algún familiar o tuvo una figura de referencia que los acompañara y educara durante su proceso de desarrollo en la infancia y en las etapas siguientes.

Los padres son las primeras personas con las cuales el individuo interactúa y/o se identifica o de los cuales imitan ciertos comportamientos, ya que son sus primeras figuras de autoridad. Entiendo que al haber sido privados de cariño, afecto y reconocimiento genera consecuencias muy negativas en la personalidad, como por ejemplo falta de empatía, conductas antisociales, baja autoestima, deseo de venganza, sentimientos de inferioridad, rivalidad e intolerancia frente a otras personas.

Me parece interesante también poder cuestionar el hecho de que los métodos actuales de enseñanza y educación sigan siendo los mismos que los de hace muchos años atrás. La sociedad cambió, las tecnologías avanzaron pero se sigue implementando los mismos sistemas que quizás hoy en día no sean tan efectivos. Una de las formas para poder reducir o al menos disminuir la violencia es visibilizarla, entender que estuvo y está presente, generar contenido audiovisual o cinematográfico, implementar dinámicas grupales, para poder educar, demostrar que está mal, incentivando a quienes lo padecen el poder solicitar ayuda o alentar a otros que lo hagan. En el

entendido, que hay situaciones inevitables como por ejemplo la constitución familiar o herencia de determinadas conductas. Me parece un complemento interesante y efectivo.

Las políticas de encarcelamiento severas y las pésimas condiciones como el hacinamiento en vez de reducir los delitos muchas veces los terminan reforzando. Las prisiones terminan siendo hogares de estos presos y una vez finalizada la condena cuando salen difícilmente puedan encontrar empleo o re hacer su vida dado a los antecedentes. Me parece que sería útil reforzar el objetivo de los establecimientos penitenciarios, que se pueda cumplir el principal objetivo de rehabilitación de estos criminales. En relación con esto, es sumamente importante la capacitación que los operadores reciben, es decir saber cómo actuar frente a determinadas situaciones y los distintos motivos por los que deciden ejercer esta profesión, sea por necesidad o por elección voluntaria, debido a que esto influye ampliamente en la motivación personal de cada uno. Muchas veces se desconoce la complejidad e importancia de su labor, y el estrés que esto genera. El texto de Beatriz Kalinsky: *El agente Penitenciario (2007)*, en donde es considerado como aquel que permanentemente está en relación con los internos, quienes muchas veces los amenazan, o los colocan en situaciones totalmente traumáticas y perjudiciales, quedando por defecto totalmente desprotegidos y hasta desamparados. Por lo tanto, también habría que crear políticas de protección para estos trabajadores, ya que muchas veces terminan rehenes de estos criminales quienes intentan negociar mediante amenazas a sus familiares.

Referencias bibliográficas

Acevedo, María José: 2002, "La implicación: Luces y sombras del concepto lourauniano", Artículo de la Cátedra.

Bafico, J. (2015). El Origen de la Monstruosidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Indicios.

Bafico, J. (2020) El origen de la monstruosidad. Montevideo, Uruguay. Penguin Random House Grupo Editorial S.A

Baugmar, A. (1999) Lecciones introductorias de Psicopatología. Eudeba, Buenos Aires.

Briones, A, Coimbra, L (2019). Crimen y Castigo. Una reflexión desde América Latina. *Urvio, revista latinoamericana de estudios de seguridad* (pp.26-41).
[dx.doi.org/10.17141/urvio.24.2019.3779](https://doi.org/10.17141/urvio.24.2019.3779)

Chapi, J. (2012). Una revisión Psicológica a las teorías de la agresividad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*.15 (80-93)

Código Penal. (s. f.). <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-penal/9155-1933/30erado>

David Berkowitz. (12 de mayo del 2023). En Wikipedia.

https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=David_Berkowitz&oldid=151106319

Durigon. (2013). Asesinos Seriales. Buenos Aires: Ediciones B.

DSM IV TR (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2016). Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 70-79.
<https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.12.001>

Freud, S. (1992). El Yo y el Ello. Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1923.

Folle, A., Vigna, A. (Comp.) (2016) “*Cárceles en el Uruguay en el siglo XXI.*” Montevideo: Ed. Universitarias.

Gauger, K. (2019). Mi esquizofrenia. Herder Editorial

Hernández Arguedas, Florybeth. (2015). La imputabilidad e inimputabilidad desde el punto de vista médico legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(2), 83-97. Retrieved April 30, 2023, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000200010&lng=en&tlng=es.

Jarne, A., & Talarn, A. (2015). *Manual de psicopatología clínica. 2a ed.* (2.a ed.).

Kalinsky, Beatriz. (2007). El agente penitenciario: la cárcel como ámbito laboral. *Runa*, 28, 43-57. Recuperado en 21 de noviembre, de 2017

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282007000100003&lng=es&tlng=es.

Ressler, R. K., Shachtman (2003) Dentro del monstruo: Un intento de comprender a los asesinos en serie. Barcelona, España. Editorial Alba

Romero, J. R., García-Manso, J. M., Baamonde, M. E. C., & Alonso, M. B. (2015). Psicopatología, crimen violento, cine y realidad: desmontando mitos sobre psicópatas y psicóticos. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*.

<https://doaj.org/article/e64922145c2c456686104cbbd2d8cc37>

Romero,L. (7 de marzo del 2007). Asesinos seriales psicóticos. *Coesfo*. [ASESINOS SERIALES PSICÓTICOS \(coesfo.mx\)](http://www.coesfo.mx/asesinos-seriales-psicoticos)

Romi, J. (2011) Algunas reflexiones criminológicas y psicopatológicas sobre los crímenes seriales. *Rev. Arg. De Psiquiatría*, Vol. XXII (p175-187). Recuperado de:

<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex97.pdf#page=16>

Lacan, J. (1955). Seminario 3. Las Psicosis. Buenos Aires. Paidós

La Clasificación de los Delincuentes de Cesare Lombroso. (2017).

Estudiocriminal.eu.

<https://www.estudiocriminal.eu/blog/la-clasificacion-de-los-delincuentes-de-cesare-lombroso/>

Laplanche, J. y Pontalis,J (2004) Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires. Paidós

Lopez,M,F & A,C (2021) *En el cerebro de las personas violentas: ¿ es posible y efectivo su tratamiento?* The conversation.

Ortega,E,J & Alcázar Córcoles, M (2016) *Neurobiología de la agresión y la violencia*. Anuario de la Psicología Jurídica. Vol.XXVI, (60-69)

Pinto, L. F. R., & Pérez, H. (2019). Camino al crimen desde la infancia. *Ciencia - Academia Mexicana De Ciencias*, 70(1), 18–21.

<https://biblat.unam.mx/es/revista/ciencia-academia-mexicana-de-ciencias/articulo/camino-al-crimen-desde-la-infancia>

Rojo, J. (2018). *Psicosis. Delirios, alucinaciones, paranoia, sectas, estigma*. Piramide.

Sánchez, Edith, (2018) . La Mente maravillosa. Cesare Lombroso y su clasificación de los criminales. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/cesare-lombroso-y-su-clasificacion-de-los-criminales/>

Tararife,Calero,P & Ibañez,Alfonso, J.A(2020) Neuropsicología de las conductas agresivas: aportaciones a la criminología. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*. Vol(.3) (171-183)

WARP y OMS (1996). Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO. Recuperado de: <http://docplayer.es/13959050-Rehabilitacionpsicosocial-declaracion-deconsenso-wapr-who-contexto-definicion.htm>

Vive UNIR. (2021, abril 5). Tipos de delincuentes, según Lombroso. UNIR; UNIR. <https://www.unir.net/derecho/revista/tipos-de-delincuentes-criminales/#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20Cesare%20Lombroso,a%20causas%20f%C3%ADsicas%20y%20biol%C3%B3gicas>

World Health Organization: WHO. (2022). Esquizofrenia. www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia#:~:texto=La%20esquizofrenia%20es%20un%20trastorno,violaci%C3%B3n%20de%20sus%20derechos%20humanos.>)