

EL ASESINO EN SERIE DESORGANIZADO

José Rafael Bernabéu Culiáñez

INTRODUCCIÓN

El comportamiento humano sigue siempre unos patrones, aprendidos o no, que encierran características capaces de transmitir un perfil concreto sobre determinada persona. Uno de los crímenes, que por la consistencia de su carácter repetitivo permite trazar el perfil del sujeto criminal, es el asesinato en serie. Se trata de uno de los hechos criminales que mayor alarma social generan, especialmente cuando el número de víctimas que provocan alcanza cifras terriblemente elevadas. Se considera que el record lo ostenta el asesino Pedro Alonso López, "El monstruo de los Andes" (Colombia) quien asesinó a 310 niñas. Le siguen Harold Shipman (Inglaterra), con 238 víctimas, y Henry Lee Lucas y Otis Toole (Estados Unidos), con más de 200 asesinatos. Luis Eduardo Gavarito (Colombia), asesinó a 140 personas.

Pero, ni en todos los asesinatos en serie se observa el mismo comportamiento ni en todos los casos las víctimas son tan numerosas. Por ello, en su momento, fue necesario establecer diferentes grupos en los que clasificar a los autores de este tipo de crímenes, con el objeto de facilitar a los investigadores el esclarecimiento de los hechos y la posterior detención del culpable mediante la reducción del número de sospechosos.

En consecuencia, una de las aportaciones a la investigación criminal fue la que clasificó a los asesinos en serie en dos grupos, organizados y desorganizados, a los que hubo que añadir un tercer grupo, los mixtos, ya que se observó que algunos de los asesinos presentaban características comunes a los sujetos de los otros dos grupos.

Entre las perspectivas teóricas que mejor contribuyen a comprender al asesino en serie desorganizado, las más importantes son las que se derivan de su propia salud mental, especialmente la psicosis. Si atendemos a la eterna cuestión sobre si los criminales nacen o se hacen, es interesante no olvidar que la enfermedad mental surge, en numerosas ocasiones, acompañada de trastornos orgánicos ajenos al aprendizaje social y a la influencia ambiental, aunque nunca debe ser descartada la influencia de estos dos últimos. A diferencia de los asesinos organizados, en los que el trastorno más grave que predomina es la psicopatía (llamada por el DSM-IV-R trastorno antisocial de la personalidad) y donde los factores ambientales intervienen de forma notoria en el aprendizaje de la conducta criminal, en los sujetos desorganizados sobresalen significativamente el descontrol y la impulsividad de sus actos violentos, como consecuencia del alejamiento de una correcta percepción de la realidad. De tal forma, se llegan a alcanzar extremos en los que las facultades volitivas y cognitivas del sujeto quedan gravemente anuladas en el momento de cometer los crímenes, es decir, la capacidad necesaria para decidir sobre la voluntad de realizar un acto no se controla adecuadamente. En igual sentido, queda afectada la conciencia, no sabiendo el sujeto con exactitud lo que está haciendo y por qué lo hace. La apreciación del grado de afectación de ambas facultades será la base jurídica sobre la que se sustentará la imputabilidad, aunque esa sería otra cuestión sobre la que no vamos a tratar aquí.

En este artículo nos vamos a centrar en el grupo de los asesinos en serie desorganizados, por cuanto se trata de un grupo en el que su comportamiento criminal se halla influenciado en mayor

medida por la enfermedad mental, destacando principalmente la Psicosis, en general, y la Esquizofrenia Paranoide, el Trastorno de Ideas Delirantes y el Trastorno Bipolar, en particular.

EL ASESINO EN SERIE. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN SEGÚN EL FBI.

El fenómeno de los asesinos en serie comenzó a estudiarse de manera sistemática y creciente en los años 50, en Estados Unidos, donde el Federal Bureau of Investigation (FBI) detectó una serie de crímenes sin resolver, de patrones similares y, a veces, con una gran dispersión geográfica. En los años 60 se creó la Behavioural Sciences Unit (BSU) o Unidad de Ciencias de Comportamiento, teniendo como cometido el estudio de la psicopatología, indicios policiales, forenses y de investigación, que permitieran establecer lazos de conexión entre crímenes aparentemente sin conexión ni relación alguna. Fue a mediados de los años 70 cuando se dio a luz a la base de datos VICAP (programa de aprehensión de criminales violentos), en la que minuciosamente se introducían desde cualquier estado, localidad o condado los datos estandarizados sobre los asesinatos de los que se tenía conocimiento, buscando, mediante un análisis estadístico, la conexión con otros posibles homicidios ligados a un mismo autor/res.

Es Robert Ressler, agente especial FBI, actualmente jubilado, el que reclama el concepto de “serial killer” o asesino en serie desde 1986. Pero, a pesar de que el término fue acuñado hace poco tiempo, se puede asegurar con total rotundidad que los asesinos en serie han existido desde la Edad Media y, muy seguramente, desde antes, representando el eterno sadismo y la más horrorosa crueldad del ser humano.

El FBI considera que el *asesino en serie* es aquél que ha cometido tres o más asesinatos con un período de enfriamiento entre ellos. Es importante tener clara esta definición para no confundirla con los “spree killers” o *asesinos itinerantes*, que serían aquellos que asesinarían dos o más veces en diferentes sitios pero en una fase temporal próxima sin que haya un período de enfriamiento entre los asesinatos (no obstante, un asesino en serie también puede cometer asesinatos itinerantes), y los “mass murderers” o *asesinos en masa*, que matarían en un mismo episodio y lugar a cuatro o más víctimas. A su vez, el asesino en masa puede ser de dos tipos: el clásico y el familiar. El período de enfriamiento es, pues, la diferencia principal entre el asesino en serie y los otros asesinos múltiples.

Pero existen voces disonantes en torno a la definición del asesino en serie, como la de la doctora Helen Morrison, psiquiatra forense, la que aunque en su libro “My life among the serial killers” no define lo que ella entiende por “serial killer”, sí que lo deja claro en una entrevista publicada en abril de 2004 en el “Chicago Reader” (un periódico semanal), explicando que para ella un asesino en serie es aquél que mata como mínimo a siete víctimas. Otros, como el escritor y periodista Cervero (2007) opina que hay criminales que sólo llegan a cometer un asesinato porque han sido capturados antes de llevar a cabo el segundo, pero que por sus características personales y las del asesinato deberían ser incluidos en la categoría de los asesinos en serie, ya que no han podido matar más porque no han podido o no han tenido tiempo.

La clasificación más extendida sobre estos depredadores es la que utiliza el FBI distinguiendo entre asesinos en serie *organizados* y *desorganizados*. El origen de esta distinción surgió por la necesidad de usar una terminología que no tuviese que ver con la jerga psiquiátrica para poder explicar los diferentes tipos de criminales a la policía y a las personas que trabajaban en esta área.

“De poco sirve decirle a un policía que el delincuente que busca es un psicótico, si el policía en cuestión no tiene ninguna formación en psicología” dice Ressler. Por eso, en el caso de que un crimen fuera cometido por alguien con un trastorno mental (casi siempre de tipo esquizofrénico paranoide o delirante), describiríamos la escena del crimen como *desorganizada* y, si el asesinato ha sido cometido por un psicópata, la describiríamos como *organizada*.

“La distinción entre organizado y desorganizado se convirtió en la separación fundamental entre dos tipos de personalidad que, a pesar de sus enormes diferencias, cometen crímenes múltiples” explica Ressler. No obstante, hay que aclarar que algunas escenas de crimen, así como algunos asesinatos, presentan ambas características. A éstas el FBI las llama *mixtas*. Cuando se dice que un rasgo en concreto es propio del delincuente organizado, no aseguramos que esté siempre presente, sino que se infiere de forma general.

LA PSICOSIS. CONCEPTO, CLASIFICACIONES, CARACTERÍSTICAS.

El Diccionario Médico de Stedman, define a la psicosis como “una forma de desorden mental severo, que coexiste o no con un daño orgánico y que se caracteriza por un trastorno de la personalidad, la pérdida de contacto con la realidad y que provoca un deterioro del funcionamiento social normal”. El sujeto sicótico puede presentar ideas delirantes, alucinaciones y un pensamiento y/o lenguaje desorganizado.

Aunque existen diferentes clasificaciones sobre la psicosis, se acepta en la actualidad el sistema de clasificación nosológica del DSMIV-TR (Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría Estadounidense), en el que se reconocen distintos tipos de psicosis. El término psicótico distingue la presencia de síntomas específicos que varían según las diferentes categorías diagnósticas. El Trastorno Esquizofreniforme, Esquizoafectivo, Delirante y Psicótico Breve, hacen referencia a las ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. El Trastorno Psicótico debido a enfermedad médica y el Trastorno psicótico inducido por sustancias, hacen referencia a ideas delirantes o sólo a alucinaciones donde no hay conciencia de patología. En el Trastorno Delirante y en el Psicótico Compartido, psicótico equivale a delirante.

Aunque todo criminal desorganizado puede presentar rasgos que se correspondan con diferentes enfermedades, cuando se realiza el diagnóstico clínico, se suele etiquetar siempre al sujeto con aquel trastorno mental que destaca por la consistencia de los elementos que identifican una enfermedad concreta, pasando a convertirse en la patología primaria que se le atribuye al sujeto. Los asesinatos desorganizados se caracterizan por la presencia, principalmente, de enfermedades como la Esquizofrenia, la Esquizofrenia Paranoide, el Trastorno de Ideas Delirantes y el Trastorno bipolar, entre otros. En menor medida, aparecen también, el Trastorno mixto de la Personalidad, y el Trastorno Límite de la Personalidad. En algunas ocasiones, el sujeto desorganizado suele presentar también rasgos relevantes relacionados con el Trastorno Antisocial de la Personalidad.

LA ESQUIZOFRENIA

Entre la variedad de enfermos mentales que existe, hay un grupo que equivale, en líneas generales a lo que la gente entiende como “loco”, “enajenado”, “demente”, o por “pérdida de razón”. El denominador común está en la falta de lógica, en la “incomprensibilidad” de su conducta.

Kraepelin (fundador de la actual nosología psiquiátrica) agrupó, a principios del S. XIX, a algunos enfermos con síntomas iguales que aglutinó en un conjunto clínico que denominó “demencia precoz”. Distinguió tres formas clínicas principales que aún hoy perduran: hebefrénica, catatónica y paranoide. De ellas se limitó a hacer una exposición descriptiva.

Para el DSM-IV, los síntomas característicos de la esquizofrenia comportan un número de disfunciones cognoscitivas entre los que se encuentran la percepción, el lenguaje, la comunicación, el comportamiento, la afectividad, la fluidez y la productividad, el pensamiento y el habla, la capacidad hedónica (placer), la voluntad, la motivación y la atención. Para diagnosticar la esquizofrenia se exige una serie de signos y síntomas, así como un deterioro de la actividad laboral o social.

La manifestación clínica de la esquizofrenia cursa mediante “trastornos perceptivos” (alucinaciones auditivas y/o visuales), “trastornos del curso del pensamiento” (pensamiento debilitado, incoherencia, lenguaje desordenado), “trastornos de la vivencia de propiedad del pensamiento” (incapaz de regir sus propios pensamientos: otros le obligan a pensar determinadas cosas), “trastornos del contenido del pensamiento” (ideas delirantes). Éstos serían síntomas positivos (se manifiestan a través de un comportamiento dinámico).

Entre los síntomas negativos (manifestados mediante un comportamiento estático) estarían el “embotamiento afectivo”, la “apatía”, y el “estupor catatónico”.

Otros síntomas de la esquizofrenia serían los afectivos (pérdida de vitalidad y desmoralización) y cognitivos (memoria débil a corto plazo y falta de atención).

Respecto a la edad de inicio, según refieren Zack y otros (2002), el 95'5% de los esquizofrénicos son hospitalizados por primera vez, debido a esta causa, antes de los 40 años. El 78'6% de la misma muestra que sirvió de estudio (42 hombres y 70 mujeres) fue hospitalizado antes de los 30 años. La edad más joven fue a los 16 años y la edad mayor a los 59 años. Según el DSMIV-TR, la edad media para el inicio del primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década en los hombres y al final de esa década en las mujeres. El curso es variable, por brotes, y con remisiones o cronicidad. La remisión completa no es habitual.

Las formas clínicas de la esquizofrenia, definida por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación, son las siguientes:

- 1) Paranoide: se presenta con ideas delirantes o alucinaciones auditivas. Es la de mayor importancia médico-legal, ya que en ella la agresión se asocia a menudo con delirios de persecución, perjuicio, celos. Su potencial de peligrosidad es muy elevado, ya que su hostilidad, agresividad y creencia en sus delirios es muy elevada. Los delitos más frecuentes con los que se relacionan son las lesiones y el homicidio, especialmente con la familia. La ideación persecutoria puede predisponer al comportamiento suicida. El criterio diagnóstico se basa en la *“preocupación del sujeto por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes”*; *No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada* (DSMIV-TR).
- 2) Hebefrénica o desorganizada: el lenguaje y el comportamiento son desorganizados, y la afectividad inadecuada. Hay sensación de pérdida de control, de “desgobierno de la

actividad psíquica que el sujeto percibe como dificultad para estudiar, distraibilidad (el enfermo queda pasivo)”.

- 3) Catatónica: inmovilidad o actividad motora excesiva, negativismo, mutismo. “Bloqueo de la actividad voluntaria, conservándose la automática”.

EL DSM-IV AÑADE LA FORMA LA INDIFERENCIADA Y RESIDUAL.

El diagnóstico de la esquizofrenia está basado en el análisis del historial de la persona, así como de su sintomatología. Se entiende que los síntomas deben durar al menos 6 meses y estar asociados a un deterioro del ámbito laboral, educativo, social o familiar. En el diagnóstico se intenta descartar el abuso de sustancias tóxicas y la posibilidad de que exista un trastorno endocrino o neurológico (tumores cerebrales, epilepsia, etc.). Para el diagnóstico de la esquizofrenia se utilizan diferentes pruebas. Las más utilizadas y las que, en general, obtienen mejores resultados son el test psicométrico MMPI y el test proyectivo Rorschach.

El objeto del tratamiento es la reducción de los síntomas, la prevención de la aparición de nuevos episodios y del deterioro del enfermo, así como facilitar el apoyo necesario para que pueda funcionar en su vida diaria con la máxima normalidad. La intervención se realiza a tres niveles: farmacología, educación e intervención psicosocial y rehabilitación social. La esquizofrenia, en todas sus formas, obtiene buena respuesta al tratamiento. Cerca del 87% responde positivamente a los antipsicóticos.

EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES

Vallejo Nájera trata la paranoia como una enfermedad mental caracterizada por la presentación de un delirio crónico sistematizado, irrefutable a la argumentación lógica (el paranoico será un sujeto normal y con un comportamiento razonable siempre que no se afecte al tema delirante).

El DSM-IV considera el trastorno delirante cuando se trate de ideas delirantes no extrañas (situaciones que es posible que se den en la vida real), ya que en otro caso se hablaría de esquizofrenia (ideas delirantes extrañas). El síntoma fundamental es el delirio, a partir de ideas sobrevaloradas, el sujeto va haciendo conjeturas e interpretando anormalmente la realidad. La edad de comienzo suele ser entre los 40-55 años. El curso puede ser crónico (persecutorio) o puede remitir a los pocos meses, con o sin recaídas. El estrés intenso predispone. La prevalencia es de un 0'03%. Algo más frecuente en mujeres que en hombres. Hay diferentes tipos entre los cuales encontramos: erotomaniaco, grandiosidad, celotípico, persecutorio, etc. Los principales delitos que suelen cometer están relacionados con las amenazas, lesiones y homicidios.

EL TRASTORNO BIPOLAR

El Trastorno Bipolar es un subtipo (DSMIV-TR) del Trastorno Esquizoafectivo, incluido dentro de los trastornos del estado del ánimo. Se produce una alternancia del estado de ánimo, entre una fase depresiva y otra maníaca. La fase que se considera más relacionada con la criminalidad es la fase maníaca. Su etiología puede ser de tipo orgánico, con disfunciones cerebrales químicas, por asociación a algún trastorno de la personalidad (límite o antisocial) o por consumo de sustancias (drogas o alcohol). Algunos estudios concluyen que el 75% de los sujetos en fase maníaca son

violentos (Kaplan y Shaddock, 1991; Malmqvist, 1995). No obstante, estos mismos estudios resaltan la importancia de la depresión en la comisión del homicidio.

OTRAS PATOLOGÍAS Y CONDUCTAS DE INTERÉS. LA NECROFILIA Y EL CANIBALISMO.

Algunas de las conductas realizadas por los asesinos en serie pueden parecer tan atroces que llegan a ser confundidas por el profano como propias únicamente de sujetos poseídos por graves enfermedades mentales, atribuidas en exclusividad a los sujetos desorganizados, tales como la necrofilia y el canibalismo. No obstante, aunque se trate de conductas que se dan mayoritariamente en sujetos desorganizados, también aparecen de manera notoria en algunos asesinos organizados y mixtos.

Respecto a la necrofilia, en la clasificación que el FBI establece entre los asesinos en serie organizados y desorganizados, se le atribuye a los asesinos de este segundo grupo el atributo de necrófilos como rasgo característico diferenciador, aunque la realidad es que se trata de un tipo de parafilia que aparece en ambos grupos de clasificación. La Necrofilia es un tipo de parafilia que se caracteriza por la atracción sexual que el sujeto siente hacia los cadáveres. El DSM-IV-R la recoge como una parafilia no especificada (F65.3), ya que no cumple con los criterios de ninguna de las categorías que se enumeran. Se practica a través de actos de masturbación o de cópula que realizan algunos asesinos en serie después de haber matado a su víctima. Algunos de los más conocidos son: Manuel Blanco Romasanta (desorganizado), Richard Chase (desorganizado), Ed Gein (mixto), Luis Alfredo Garavito (organizado), Jeffrey Dahmer (mixto), Ted Bundy (organizado), Francisco García Escalero (mixto). Este último no copulaba con las víctimas a las que asesinó (al menos que se sepa), sino que antes de que comenzara su carrera como asesino en serie profanaba tumbas en un cementerio y copulaba con los cadáveres.

En cuanto al canibalismo, se trata de un tipo de conducta que consiste en comer carne procedente de un individuo de la misma especie. No consta reconocida como una patología mental, sino como un tipo de desviación de la conducta. Es, y ha sido, una práctica común en diferentes sociedades y épocas. El consumo de carne humana se realiza por diferentes motivos, como alimento, como castigo al enemigo (venganza), por motivos religiosos o por motivos mágicos. Asesinos en serie caníbales han sido, entre otros muchos: Albert Fish (organizado-mató y comió a más de 16 niños), Andrei Chikatilo (desorganizado-mató y comió a más de 52 niños), Richard Chase (desorganizado), Jeffrey Dahmer (mixto), Edmund Kemper (organizado-condenado por matar a 8 mujeres jóvenes), Joachim Kroll (desorganizado-mató y comió partes del cuerpo de 12 mujeres y 1 hombre), Francisco García Escalero (mixto-mató a 10 personas y comió parte del corazón de una de sus víctimas).

PSICOSIS Y VIOLENCIA. PREVALENCIA DE LOS ASESINOS EN SERIE DESORGANIZADOS

La incidencia de la psicosis en los asesinos seriales se ha determinado en el sentido de que se produce en la misma proporción que en el resto de las personas comunes y corrientes. Son pocos los asesinos en serie que han podido acreditar locura.

Aunque el riesgo de comportamiento delictivo es algo mayor en personas con esquizofrenia, el número total de delitos cometidos por estos enfermos, supone un porcentaje muy pequeño del número total de delitos cometidos por personas sanas. Las personas que padecen esquizofrenia y

que no reciben tratamiento son las que pueden tener mayor riesgo de un comportamiento violento. El riesgo aumenta en los períodos en los que el enfermo deja de tomar su medicación. Si además consume drogas y/o alcohol, la probabilidad de que pueda cometer actos violentos se multiplicará.

En cuanto a la prevalencia de cada uno de los grupos de clasificación, basándome en mis propias investigaciones, pude constatar, en las conclusiones de un estudio del que formé parte en el año 2006, que el 63'8% de los asesinos en serie correspondían a la tipología organizados, el 19'4% resultaron desorganizados, y el 16'6% restante eran mixtos.

EL PERFIL DE LOS ASESINOS EN SERIE DESORGANIZADOS

Del análisis de la escena del crimen parte la investigación por la que se clasifica inicialmente a los asesinos en serie en organizados y desorganizados, ya que cada uno de estos grupos presenta unos rasgos de personalidad diferente y unos patrones conductuales desiguales que los caracteriza. Así, siguiendo la clasificación utilizada por el FBI, los asesinos en serie desorganizados suelen presentar el siguiente comportamiento:

1. No denotan que el hecho haya sido planificado. Suele surgir repentinamente.
2. Las víctimas no son seleccionadas de forma consciente. Se guían por impulsos que son el fruto de un brote de su enfermedad mental. Normalmente, suelen ser personas de su entorno, la madre, otro familiar o un amigo o conocido.
3. El asesino desorganizado se traslada andando, o en un medio de transporte público, y si se desplaza en coche, éste estará descuidado.
4. El hecho lo cometen tras haber dejado de seguir su tratamiento médico y haber tenido un brote de su enfermedad, en numerosas ocasiones después de haber escuchado durante algún tiempo unas voces que le decían lo que tenían que hacer para calmar su angustia. Muchas veces también actúan porque el brote de su enfermedad se ha producido como consecuencia del consumo de drogas tóxicas, psicotrópicos o alcohol.
5. El agresor desorganizado despersonaliza a su víctima, no le interesa deleitarse con su sufrimiento, suele actuar con rapidez, dejándola inconsciente sin apenas hablar con ella. Los cuerpos de las víctimas de este tipo de asesinos tendrán probablemente heridas terribles, A veces les tapa la cara o la desfigura.
6. El ataque lo realiza de forma repentina, sin que su víctima tenga tiempo para reaccionar y defenderse, y suele hacerlo por la espalda, a traición.
7. La escena del crimen siempre aparece con un gran desorden, caótica, reflejando un bajo autodomínio y control de los impulsos. Un asesino desorganizado sería incapaz de manipular la escena del crimen, es más, en ésta se plasmaría la confusión que impera en la mente del asesino, presentando rasgos de espontaneidad y algunos elementos simbólicos que reflejan sus delirios. Deja la escena tal y como quedó tras cometer el crimen.
8. Las pruebas del delito, y las armas utilizadas, no las oculta, las deja en evidencia, o se las lleva consigo mismo. La mayoría de las veces utiliza un cuchillo de cocina para cometer sus crímenes. Una mente enferma no se preocupa por si ha dejado huellas dactilares u otras pruebas, así que cuando un cuerpo es hallado sin esfuerzo suele indicar que el asesinato ha sido perpetrado por un asesino desorganizado.
9. No suele ocultar el cadáver, sino que lo deja tal y como quedó tras la agresión. No suele completar el acto sexual, y si lo hace, será con la víctima inconsciente (actos de necrofilia,

copula con los cadáveres). La escena del crimen y de la muerte coincide en el caso de los asesinos desorganizados, porque el delincuente no goza de suficiente claridad mental como para mover u ocultar el cuerpo.

10. El asesino desorganizado no colecciona trofeos. En todo caso, debido a lo perturbado que está, suele quedarse con partes del cuerpo.

En cuanto a los aspectos psicosociales del asesino en serie desorganizado, las características que lo definen son:

1. Su inteligencia suele ser de tipo bajo o medio-bajo. Interioriza, debido a sus circunstancias, el dolor, la ira y el miedo (yendo más allá que una persona normal). No es capaz de desahogarse y no dispone de las habilidades verbales y físicas necesarias para exteriorizar estas emociones en los contextos apropiados.
2. Socialmente suelen ser bastante incompetentes e inmaduros. Los delincuentes desorganizados se retiran casi por completo de la sociedad y se convierten en personas solitarias, incapaces de relacionarse con los demás. Por este motivo, si convive con alguien será con su padre o madre, ya que nadie está dispuesto a soportar el modo de ser de este tipo de personas.
3. La mayor parte de ellos no son atractivos físicamente y, por eso, su autoimagen es muy negativa (a veces tienen alguna discapacidad o tara física que les distingue de los demás). Su sexualidad ha estado inhibida o ha sido de poca entidad. Suele ser soltero y con pocas relaciones afectivas.
4. Suele vivir solo o con sus padres. Sus acompañantes son sus víctimas preferidas, especialmente la madre, que suele ser la que más se interesa por él.
5. Tiene hermanos, y es de los más pequeños.
6. Su educación ha sido bastante rígida, muchas veces con determinado nivel de maltrato.
7. Sus trabajos siempre han sido poco cualificados y variados, sin consolidar un empleo estable.
8. Vive y trabaja cerca del lugar del crimen. Tras cometerlo no suele esconderse. A menudo se deja atrapar en el mismo lugar del crimen o se entrega a la policía.
9. No le interesan las noticias sobre el hecho que ha cometido. No sigue las noticias por la prensa. Tiene poco o ningún interés.
10. Cuando presenta un brote de su enfermedad, éste se ha manifestado en los días anteriores, degradándose en su aspecto físico y descuidando su higiene personal. Es decir, suele avisar, pero el problema surge cuando la familia no está atenta o no adopta medidas, o cuando se ha ido a vivir solo y ha dejado el tratamiento farmacológico. En los asesinos desorganizados el factor del estrés situacional que precede al crimen (desencadenante en los sujetos organizados), suele estar ausente: sus crímenes no son provocados por acontecimientos externos, sino debido a su enfermedad mental.
11. La principal enfermedad mental que padece suele ser la esquizofrenia paranoide, aunque suele ir acompañada de otros rasgos de personalidad adicionales.
12. En cuanto al sexo y la edad, estadísticamente, los asesinos en serie, en general, son mayoritariamente hombres (89%), con una edad que oscila entre los 25 y los 35 años.

ALGUNOS ASESINOS EN SERIE DESORGANIZADOS

Manuel Blanco Romasanta (el hombre lobo gallego): nació en 1809 en España. Mató a 13 personas a golpes, las despedazaba y se las comía. Actuaba en zonas aisladas, en el bosque. El

cuerpo lo dejaba en el mismo lugar donde era atacado, ya que no gozaba de suficiente claridad mental como para moverlo. Se trata de un auténtico depredador. Era un licántropo (hombre lobo). Murió en la prisión donde cumplía condena en 1854.

Anatoli Onoprienko (la bestia de Zithómir): mató a 42 hombres y mujeres y a 10 niños, entre 1989 y 1996. Elegía casas aisladas y atacaba poco antes del amanecer. Mataba a los hombres con un arma de fuego, y a las mujeres y niños con un cuchillo, hacha o martillo. Les cortaba los dedos para sacarles los anillos. A veces quemaba la casa. Guardaba la ropa interior usada de las víctimas. Tenía gran autodominio y control de la escena. Sus víctimas las elegía de forma aleatoria. Dejaba los cuerpos donde los atacó. Despersonalizaba a sus víctimas. Él mismo manifestó "los veía de la misma forma en que una bestia contempla a los corderos". Cuando fue detenido trató de fingir locura (decía que oía voces), pero los psiquiatras dijeron que estaba cuerdo. Mataba para eliminar a todos los testigos de sus robos, dijo. Fue condenado a cadena perpetua.

David Berkowitz (el hijo de Sam – the son of Sam): nació en 1953 en New York. Cometió 6 asesinatos y 7 tentativas. Se acercaba a un coche y mataba a sus ocupantes disparando con un revólver. El revólver lo compró para mejorar su autoestima y para vengarse de una sociedad en la que no terminaba de encajar. Denota falta de autodominio. Ejerce violencia súbita. No planea sus agresiones. Deja el cadáver en evidencia. Sus víctimas las elige de manera aleatoria. Confiesa sus crímenes y trata de alegar locura. En su adolescencia sufrió desdoblamiento de su personalidad. Tuvo alucinaciones y odiaba especialmente a las mujeres. Creía que tenía una gran misión para salvar a la humanidad. Asesinaba sin razón. Disparaba con el revólver a cualquiera que se cruzara en su camino. En la cárcel reconoció haber formado parte del culto satánico relacionado con Charles Manson. Llegó a ser diagnosticado como esquizofrénico paranoide con personalidad antisocial. Fue encarcelado.

Joachim Kroll (el caníbal de Ruhr): nació en Alemania en 1933. Asesinó a 12 mujeres y a 1 hombre. Abordaba a mujeres en la carretera, las estrangulaba y luego las violaba (unas veces antes y otras después de matarlas). Se come los muslos y las nalgas. Llegó a comer trozos de carne de una de sus víctimas en una cena. No le importaba la edad de sus víctimas (una mujer de 61 años que lo rechazó fue violada y estrangulada). Practica la necrofilia. Controla la escena del crimen. Denota falta de autodominio. El cadáver lo deja en evidencia. Fue condenado a cadena perpétua.

Richard Chase (el vampiro de Sacramento – the Vampire of Sacramento): nació en 1950 en Estados Unidos. Asesinó a 6 personas (mujeres, hombres y niños). Su segunda víctima, una joven de 22 años, fue salvajemente asesinada a pocos metros de su casa cuando sacaba la basura. Chase disparó tres veces sobre ella, y mientras agonizaba, le abrió el vientre para arrancarle los intestinos. Luego, le cortó el hígado, el diafragma, un pulmón y los riñones, colocándolos encima de una cama. Bebió su sangre y se pintó la cara con ella. Llegó a defecar sobre la boca del cadáver antes de abandonar la casa. Cuatro días después comete el más sangriento de sus crímenes entrando en una casa elegida al azar y disparando a la cabeza de una pareja de 27 años, un niño de 6 años y un bebé de 22 meses. Sodomizó en cadáver de la mujer, le arrancó un ojo y bebió su sangre. Fue sorprendido mientras vaciaba el cráneo del niño, y huyó llevándose el cadáver del bebé. En su propia casa, decapita el cuerpo tras beberse la sangre y devorar el cerebro crudo. Se suicidó en 1979. Fue internado en un psiquiátrico en 1973, diagnosticado de profundas perturbaciones mentales.

Herbert Mullin (el asesino de Santa Cruz): nació en 1947 en California. Asesinó a 13 personas (mujeres y hombres). Su primera víctima fue un autoestopista que, mientras Mullin se encontraba en la cuneta mirando debajo del capó, se acercó y preguntó si, a cambio de su ayuda, Mullin le podía llevar en su coche. Le rompió el cráneo con un bate de béisbol y la arrastró al interior del bosque. Dos semanas después Mullin recogió a una autoestopista en una carretera y, mientras iba conduciendo, le clavó un cuchillo en el pecho. La llevó al bosque, le quitó la ropa, le abrió las piernas y le hizo un corte en el abdomen. Le extirpó los órganos y los examinó, colgándolos de las ramas de alrededor para poder verlos mejor. A un cura, después de confesarse, le pegó media docena de patadas, golpes y puñaladas y salió corriendo, dejando al cura desangrándose en el confesionario. El cura falleció. Herbert fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

CONCLUSIONES

1. La clasificación de los asesinos en serie en organizados, desorganizados, y mixtos es una técnica que ha demostrado gran efectividad y que ha contribuido a la resolución de numerosos crímenes, aportando de forma efectiva datos fiables para la elaboración del perfil criminológico con base en el análisis de la escena del crimen.
2. La principal patología mental que suele padecer un asesino en serie desorganizado es la psicosis, y dentro de este grupo es muy frecuente la psicosis esquizofrénica, así como su modalidad paranoide, el trastorno de ideas delirantes y el trastorno Bipolar (sobre todo en su fase maníaca). No obstante, es muy difícil hallar un sujeto desorganizado con una sola patología. Aunque una, la más relevante y grave, sea la principal, el sujeto probablemente presentará en la mayoría de los casos, de modo complementario, otras enfermedades asociadas, como algún trastorno de la personalidad y/o la adicción a determinadas drogas o al alcohol.
3. El 19'4% de los asesinos en serie son desorganizados. A pesar de que es una minoría con respecto a los organizados y a los mixtos, hay que tener en cuenta que el 16'6% de los mixtos presentan características de los desorganizados, por lo que el total de asesinos con rasgos desorganizados sería el 36%.
4. El asesino simple (el que mata una sola vez), que comete el crimen bajo un brote agudo de su enfermedad, no representa apenas un problema para la investigación policial, ya que la gravedad de su estado mental le lleva a un estado de "shock postdelictual" que le impide planificar adecuadamente la huida del lugar donde cometió el asesinato. Normalmente, se entrega él mismo a la policía, o se deja atrapar en el mismo lugar en el que se produjo el crimen, o en las inmediaciones. El brote psicótico agudo es, por lo tanto, prácticamente incompatible con una sucesión de asesinatos. El asesino en serie no suele perder completamente el contacto con la realidad durante la comisión del hecho. Tiene la cordura suficiente y necesaria para planificar correctamente el asesinato, cometerlo, abandonar la escena del crimen y eludir la acción policial, así como para preparar un nuevo asesinato. El asesino simple no tiene esa capacidad de planificación, ya que su estado mental (el brote de su enfermedad) se lo impide. Esto nos lleva a concluir que el asesino en serie desorganizado, aunque padezca determinada enfermedad mental, no suele cometer los asesinatos bajo un brote agudo de su psicosis. Podrá tener un diagnóstico previo de una patología de tipo psicótico, o una afectación parcial durante la comisión del hecho, pero la ejecución del delito no se puede atribuir exclusivamente a su psicosis, sino que la explicación habrá que buscarla, principalmente, en aspectos más próximos a algún trastorno de la personalidad (posiblemente el trastorno antisocial), o a la influencia por la

adicción al consumo de drogas y/o alcohol. En cualquier caso, la patología que presentará un asesino en serie desorganizado al matar a alguien es más que probable que no suela provocar en el sujeto una pérdida elevada del contacto con la realidad, al contrario de lo que sucede con el asesino simple afectado por una enfermedad mental grave.

BIBLIOGRAFÍA

- Berbell B., C.: "Psicópatas criminales: los más importantes asesinos en serie españoles", Ed. La esfera de los libros. Madrid-España (2003).
- Bernabéu Culiáñez, J. R. y Artiles Auyanet, A.: "El asesino en serie". Trabajo de investigación. Alicante-España (2006).
- Cuquerella F., A.: "Asesinos en serie. Clasificación y aspectos médico-forenses", Barcelona. Trabajo de investigación.
- Ressler, R.: "El que lucha con monstruos". Ed. Seix Barral. Barcelona-España (1995).
- Ressler, R.: "Asesinos en serie". Ed. Ariel. Barcelona-España (2005).
- Soria Verde, M. A. y Sáiz Roca, D.: "Psicología Criminal". Ed. Perarson Educación, S. A. Madrid-España (2005).
- Vallejo N., J. A.: "Introducción a la Psiquiatría", 10ª edición. Ed. Científico médica. Barcelona-España (1981).
- Wilson, C.: "A plague of murder". Ed. Constable-Robinson. London-England (1995).