

Neuropsicología de los asesinos en serie

Desde el punto de vista criminológico, cuando un asesino reincide en sus delitos un mínimo de tres ocasiones y con un cierto intervalo de tiempo entre ellos, es conocido como asesino en serie. Suele matar por contacto directo con la víctima: las apuñala, las estrangula o las golpea; casi nunca usa armas de fuego. Con frecuencia, sus crímenes suponen una especie de ritual en el que el asesino en serie se excita mezclando las fantasías personales con la muerte [1].

Generalmente se ha creído que los asesinos en serie presentan unas características sociales y psicológicas específicas, como una personalidad antisocial [2], una historia de abusos durante la infancia [3] y, con frecuencia, rasgos de sadismo sexual [4]. Sin embargo, existe una variabilidad importante, no sólo relacionada con los antecedentes personales y con los intereses sexuales, sino también con respecto a la edad, a la historia de abuso de alcohol o de otras sustancias, al nivel cultural, al sexo, a las circunstancias específicas que rodean los crímenes y a las particularidades de las víctimas. Aunque los asesinos en serie suelen ser personas jóvenes, este tipo de criminales también se ha dado entre niños y adolescentes [5], y se han comunicado pocos casos de asesinatos en serie durante la etapa adulta media. Se observa también una distribución sexual extremadamente dispar; a pesar de que la inmensa mayoría de los asesinos en serie son hombres, este tipo de crimen también se ha referido, aunque con una frecuencia mucho menor, en mujeres [6]. Tomados los datos expuestos en su conjunto, el asesino en serie tipo sería un hombre joven, con una edad comprendida habitualmente entre los 25 y los 35 años [1,3,7].

Existen, pues, diferencias evidentes entre los asesinos en serie, por lo que en ocasiones resulta difícil hallar rasgos comunes entre todos ellos.

Se presentan dos casos muy distintos para ilustrar este aspecto. El primer caso es el de un hombre con una evidente enfermedad cerebral asociada con limitaciones intelectuales, quien cometía sus crímenes cumpliendo las órdenes que recibía durante sus estados alucinatorios. El segundo caso es el de una mujer sin antecedentes patológicos evidentes, pero con claros antecedentes personales de abusos, quien mataba sólo a mujeres ancianas 'porque la insultaban'.

Caso 1. Hombre cubano de 45 años con antecedentes de haber sufrido un traumatismo craneoencefálico a la edad de 5 años, con pérdida de conciencia y hospitalización. Afirma que, después del traumatismo, presentaba descoordinación en la pierna izquierda y sensaciones anormales. Asimismo, refiere cefaleas frecuentes que le incapacitaban. En un EEG realizado posteriormente se observaron ondas agudas temporales. El paciente recibió fenitoína. Sus familiares afirman que después de los 5 años desarrolló crisis epilépticas generalizadas. Su escolarización fue limitada (2-3 años), con un bajo rendimiento académico. Tras abandonar la escuela, trabajó en la construcción durante

algún tiempo; en ocasiones estuvo desempleado, simplemente deambulando por la ciudad. Se trasladó a los Estados Unidos a los 18 años. En este país trabajó en un restaurante como lavaplatos y, en ocasiones, se dedicaba a recoger basura y a labores de limpieza.

Presenta una historia positiva de psicosis y conductas extrañas, por lo cual ha sido hospitalizado en instituciones psiquiátricas tanto en Cuba como en los Estados Unidos. Afirma que oye voces que pertenecen a la Santería (conjunto de sistemas religiosos que funden creencias católicas con la religión tradicional yoruba, practicada por descendientes de africanos, sobre todo en Cuba), que le ordenan hacer cosas y controlan su cuerpo. En una de sus hospitalizaciones fue diagnosticado de 'esquizofrenia paranoide crónica, con ideas delirantes, alucinaciones auditivas y visuales e ideación paranoide'. En ocasiones presenta alucinaciones auditivas que le piden que se mate y delirios de posesión satánica. Afirma que durante su infancia a veces sentía que el diablo estaba sobre él. Refiere que presenta eyaculaciones espontáneas durante el día y la noche, por lo que utiliza un papel de celofán para evitar que se le humedezca el pantalón. En una resonancia magnética se le detectó una lesión de pequeño tamaño en el lóbulo frontal izquierdo cerca de la cisura de Silvio, así como anomalías en la sustancia blanca alrededor de los ventrículos cerebrales.

Se le acusa (y lo acepta, pero luego lo niega) de la muerte de cuatro mujeres, todas ellas prostitutas de etnia negra. Los asesinatos los comete de forma similar: las conduce a un lugar solitario o a una casa abandonada, las golpea en la cabeza con una barra y después las rocía con gasolina e intenta quemar su cadáver. Los asesinatos los comete durante sus estados alucinatorios por las órdenes que recibe de la Santería y no incluyen actividades sexuales con la víctima. Parece tener, como mínimo, una memoria parcial de los crímenes.

Los resultados de su evaluación neuropsicológica revelaron una inteligencia general dentro de rango fronterizo, con habilidades verbales superiores a las no verbales. Su rendimiento en pruebas verbales (fluidez verbal, denominación) se encuentra moderadamente deprimido, mientras que sus puntuaciones en pruebas no verbales (figura compleja de Rey-Osterrieth: copia), de memoria (figura compleja de Rey-Osterrieth: memoria; memoria lógica) y de función ejecutiva (prueba de rastro, clasificación de tarjetas de Wisconsin) corresponden a un rango anormal.

No fue posible realizarle pruebas de personalidad. Sin embargo, clínicamente no parece deprimido o ansioso; no se muestra crítico con sus delitos (en algún momento incluso exclamó '¡tanto problema que han armado por la muerte de esas cuatro cucarachas!'). Su conducta en la cárcel siempre ha sido excelente y se muestra como una persona muy dócil. Al margen del asesinato de estas cuatro mujeres, no tiene antecedentes delictivos. No existen antecedentes personales de abuso de alcohol o de drogas psicoactivas.

Caso 2. Mujer acusada de 18 crímenes y de un intento de homicidio. Presenta unos antece-

dentos sociales de extrema pobreza y de abusos por parte de su madre. No existen antecedentes psiquiátricos o neurológicos. Su conducta criminal se inició en una etapa tardía de su vida y sólo asesina a mujeres ancianas que viven solas, habitualmente tras un proceso de acercamiento progresivo a la víctima [8].

Ha vivido en la Ciudad de México desde que tenía 3 meses de edad. Su padre abandonó la familia después de que naciera y su madre se fue a vivir con otro hombre. Ésta era empleada doméstica, afectada de alcoholismo grave, y su padrastro era un obrero no cualificado. Durante su infancia vivió en condiciones de extrema pobreza y nunca asistió a la escuela. Refiere que su madre siempre la agredió física y verbalmente. Cuando tenía 12 años la entregó a un hombre a cambio de 'tres cervezas'. Este hombre laató y la violó, y con él continuó durante 15 meses una relación de sometimiento, de la que tuvo un hijo. Más adelante trabajó vendiendo dulces y en una zapatería. Tuvo varias parejas y fue madre de cuatro hijos. Para conseguir más dinero, los fines de semana trabajaba en espectáculos de lucha libre. A la edad de 43 años, dejó de participar de forma directa en ellos, pero continuaba como promotora de competiciones de lucha libre.

No se han encontrado antecedentes neurológicos o psiquiátricos importantes. No existen antecedentes personales de alcoholismo o de abuso de drogas.

Está acusada de matar, por lo menos, a 18 ancianas, y de intentar matar a otra; en 10 de los asesinatos existen pruebas dactilares. Al principio aceptó su participación en tres crímenes, pero luego sólo en uno. El patrón en todos los casos ha sido similar: se presenta inicialmente como una persona protectora que trata de ayudar a las ancianas. Después, cuando ya logra entrar en sus domicilios, les solicita trabajo, en ocasiones se enoja por la respuesta que recibe y las estrangula.

Considera que se ha comportado de una forma inapropiada porque conoce bien las leyes y las reglas sociales, y porque sabe que matar es inaceptable. No obstante, considera que sus acciones fueron justificadas, ya que realmente ella es una víctima y pierde la paciencia cuando la insultan.

La paciente fue sometida a una evaluación neuropsicológica, psicológica y psiquiátrica extensa. Exceptuando puntuaciones significativamente disminuidas en las pruebas de valoración de funciones frontales (batería de funciones frontales y ejecutivas [9], que incluye 14 subpruebas diferentes: prueba de Stroop, prueba de cartas de Iowa, laberintos, señalamiento autodirigido, memoria de trabajo visuoespacial, memoria de trabajo verbal, prueba de clasificación de cartas, laberintos, torre de Hanoi, resta consecutiva, generación de verbos, generación de clasificaciones semánticas, comprensión y selección de refranes, y curva de metamemoria), no se encuentra ninguna anomalía.

Estos dos casos ilustran claramente la gran variabilidad existente en los aspectos personales, sociales, intelectuales y psiquiátricos de los asesinos en serie. No es fácil encontrar elementos comunes entre ambos. De hecho, es-

tos dos casos podrían considerarse como 'inusuales' en la categoría de los asesinos en serie, ya que no se ajustan a las características supuestamente habituales en este tipo de criminales: hombres jóvenes de edades comprendidas entre los 20 y los 35 años, con una personalidad psicopática, con una historia delictiva de una gravedad variable, y, en un porcentaje alto de los casos, con evidentes motivaciones sexuales.

Si se comparan los perfiles intelectual y de personalidad de los dos casos, el único elemento en común que parece existir es el bajo rendimiento observado en las pruebas de función ejecutiva. De hecho, las puntuaciones en dichas pruebas, en particular en las que evalúan el control inhibitorio, suelen encontrarse disminuidas en criminales de diferentes tipos [10] y no parecen ser específicas de los asesinos en serie. Por ejemplo, Blair et al [11] encontraron que los individuos con psicopatías presentaban fallos significativos en las pruebas neuropsicológicas que detectaban las lesiones orbitofrontales. La disfunción ejecutiva sería entonces una condición necesaria, pero no suficiente, para detectar a este tipo de criminal.

Además de los defectos en las funciones ejecutivas, en cada uno de los dos casos existen otros factores añadidos, aunque francamente diferentes, que pueden haber contribuido a la conducta criminal. En el primer caso, resulta evidente una enfermedad del sistema nervioso: hay antecedentes de traumatismo craneoencefálico, epilepsia, anomalías morfológicas en las imágenes cerebrales, sensación de debilidad y parestias en la pierna izquierda (es llamativa la asociación existente entre estas dos últimas manifestaciones y las eyaculaciones espontáneas que presenta el paciente, lo que indicaría la existencia de una afección frontal mesial). Se encuentran, además, limitaciones intelectuales importantes y antecedentes de psicosis. En el segundo caso, hay dos elementos que pueden haber contribuido potencialmente a su conducta delictiva: los antecedentes de graves abusos durante su infancia y su adolescencia, y los de luchadora durante cerca de 13 años. Aunque no se han referido accidentes o traumatismos importantes durante este período de su vida, evidentemente hubo una exposición permanente y prologada a diversos traumatismos craneales. Es conocido que la práctica de la lucha libre puede asociarse con diversas anomalías cerebrales [12]. Podría establecerse la hipótesis de que el efecto acumulado de 13 años de traumatismos encefálicos menores pueda haber dado como resultado alguna disfunción frontal, asociada con las conductas criminales de la paciente. De hecho, las conductas criminales sólo se han observado en la última etapa de su vida.

En resumen, aunque se han comunicado perfiles habituales de asesinos en serie (p. ej., hombres jóvenes con antecedentes delictivos), dichos perfiles no siempre se encuentran y, de hecho, existe una diferenciación importante en cuanto a las características personales, psicológicas y sociales de estos asesinos. Sobre la base de los dos casos analizados, podría

proponerse que la disfunción ejecutiva supone un requisito necesario, pero no suficiente, para este tipo de conducta, y que diferentes factores sociales y psicológicos contribuyen en grado variable a las manifestaciones de las distintas conductas criminales, incluyendo las de los asesinatos en serie.

A. Ardila ^a, F. Ostrosky-Solís ^b

Aceptado tras revisión externa: 04.11.08.

^a Department of Communication Sciences and Disorders. Florida International University. Miami, Florida, Estados Unidos. ^b Laboratorio de Neuropsicología y Psicofisiología. Universidad Nacional Autónoma de México. México DF, México.

Correspondencia: Alfredo Ardila PhD. Department of Communication Sciences and Disorders. Florida International University. 12230 NW 8th Street. 33182 Miami, Florida, USA. E-mail: ardilaa@fiu.edu

BIBLIOGRAFÍA

1. Kraemer GW, Lord WD, Heilbrun K. Comparing single and serial homicide offenses. *Behav Sci Law* 2004; 22: 325-43.
2. Hare RD. Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us. New York: Guilford; 1983.
3. Beasley JO. Serial murder in America: case studies of seven offenders. *Behav Sci Law* 2004; 22: 395-414.
4. Warren JI, Hazelwood RR, Dietz PE. The sexually sadistic serial killer. *J Forensic Sci* 1996; 41: 970-4.
5. Myers WC. Serial murder by children and adolescents. *Behav Sci Law* 2004; 22: 357-74.
6. Wilson W, Hilton T. Modus operandi of female serial killers. *Psychol Rep* 1998; 82: 495-8.
7. Godwin GM. Hunting serial predators: a multivariate classification approach to profiling violent behavior. Boca Raton, FL: CRC Press; 2000.
8. Ostrosky-Solís F, Vélez-García A, Santana-Vargas D, Pérez M, Ardila A. A middle-aged female serial killer. *J Forensic Sci* 2008; 53: 1223-30.
9. Flores-Lázaro JC, Ostrosky-Solís F, Lozano A. Batería de funciones frontales y ejecutivas: presentación. *Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2008; 8: 141-58.
10. Bergvall AH, Wessely H, Forsman A, Hansen S. A deficit in attentional set-shifting of violent offenders. *Psychol Med* 2001; 31: 1095-105.
11. Blair KS, Newman C, Mitchell DG, Richell RA, Leonard A, Morton J, et al. Differentiating among prefrontal substrates in psychopathy: neuropsychological test findings. *Neuropsychology* 2006; 20: 153-65.
12. Toth C, McNeil S, Feasby T. Central nervous system injuries in sport and recreation: a systematic review. *Sport Med* 2005; 35: 685-715.

Ventriculitis por *Listeria monocytogenes*

Listeria monocytogenes es un bacilo grampositivo de replicación intracelular y extracelular

que afecta fundamentalmente a embarazadas, neonatos y pacientes con alteración de la inmunidad celular. *L. monocytogenes* supone una causa infrecuente de meningitis, absceso cerebral e hidrocefalia. A pesar de que las pruebas de neuroimagen cada vez aportan una información más precisa, sigue siendo prioritario considerar el contexto clínico del paciente y la totalidad de la información suministrada por las pruebas complementarias para establecer un diagnóstico correcto lo antes posible, ya que la demora en el tratamiento adecuado puede agravar decisivamente el pronóstico.

Varón de 53 años de edad, con antecedentes de hepatopatía enólica con cirrosis hepática, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Consultó por debilidad en el hemicuerpo derecho de dos semanas de evolución, con mayor torpeza para la marcha. En la exploración inicial, el paciente se encontraba plenamente consciente, orientado y colaborador, con lenguaje normal, y en el que únicamente destacaba la presencia de facial central derecho leve, hemiparesia derecha 4/5 sin déficit sensitivo asociado y con reflejos osteotendinosos hipoaactivos. No existían signos de irritación meníngea y el paciente se encontraba afebril. El paciente ingresó para estudio, y se realizaron pruebas de neuroimagen –tomografía axial computarizada (TAC) craneal y resonancia magnética (RM) craneal– cuyos resultados reflejaron una lesión subcortical frontal izquierda de 2,5 cm de diámetro con edema perilesional asociado, compatible con metástasis cerebral única. En la TAC craneal, la tumoración mostraba áreas de hiperdensidad con relación a una probable hemorragia intratumoral. En los estudios de RM cerebral desatacaba la captación heterogénea de contraste, así como la estrecha relación con el asta ventricular frontal izquierda. El sistema ventricular mostraba un tamaño y una configuración normales (Fig. 1). A las 48 horas del ingreso, el paciente presentó fiebre mayor de 38 °C asociada a desorientación y somnolencia. Se tomaron hemocultivos en los que se informó del crecimiento de bacilos grampositivos, que se consideraron como probables contaminantes. El paciente mejoró inicialmente tras iniciar el tratamiento antibiótico con cefotaxima. Al día siguiente, el paciente experimentó en horas un profundo deterioro del nivel de consciencia hasta el coma –escala de coma de Glasgow (GCS) 5, respuesta ocular 1, verbal 1, motora 3–, por lo que precisó intubación y soporte vital. Se realizó una nueva TAC craneal (Fig. 2) que evidenció hidrocefalia aguda tetraventricular, por lo que se le trasladó a nuestro centro, donde fue intervenido de urgencia para implantarle una derivación ventriculoperitoneal de líquido cefalorraquídeo (LCR). El análisis microbiológico del LCR tomado durante la cirugía puso de manifiesto un crecimiento de *L. monocytogenes*. A pesar de exteriorizar el drenaje ventriculoperitoneal e instaurar terapia antibiótica específica con ampicilina y gentamicina intravenosa, el paciente permaneció con bajo nivel de consciencia (GCS 7), y falleció a los tres días por deterioro gasométrico en relación con una probable neumonía aspirativa.