

# La Mente del Asesino en Serie

Alfredo Sosa\*

Posgrado Psiquiatría  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras

## Resumen

Los asesinos en serie (AS) son personas que matan por lo menos en tres ocasiones con un intervalo entre cada asesinato. A través de la historia se han conocido una diversidad de AS cada uno caracterizado por un tipo de conducta durante el acto criminal. Los asesinos en serie están específicamente motivados por una multiplicidad de impulsos psicológicos, sobre todo por ansias de poder y compulsión sexual. Con frecuencia tienen sentimientos de inadaptabilidad e inutilidad, algunas veces debido a humillación y abusos en la infancia y/o el apremio de la pobreza, también bajo estatus socioeconómico en edad adulta. Sus crímenes compensan esto y les otorga una sensación de potencia y frecuentemente venganza, durante y después de cometer los delitos. El conocimiento de sus acciones aterroriza a comunidades enteras y con frecuencia confunden a la policía, consecuencias que son incentivo para su sensación de poder. No se sabe con certeza el número de AS que hay. En Estados Unidos se cree que el rango va de 150 a 350; siendo de estos un 89% varones, motivados no solo por el hecho de matar sino también para cumplir sus fantasías aun después del homicidio. El 50% tienen motivaciones sexuales, siendo el hombre más agresivo que las mujeres constituyendo esta agresividad como instrumental. Se considera que cada individuo presenta una susceptibilidad a esta agresividad de acuerdo al tipo de trastorno de personalidad, involucrando áreas específicas del cerebro a nivel de la corteza y del sistema límbico así como neuromoduladores.

## Historia

En la historia se conocen varios antecedentes literarios y científicos relacionados a los asesinos en serie (AS) como el aristócrata Gilles de Rais que en el siglo XV secuestraba al parecer a niños a quienes ultrajaba sexualmente y posteriormente los mataba o asesinaba o la conocida historia de Jack "The Ripper" quien a finales del siglo XIX generó una ola de alarma social en Londres matando y descuartizando mujeres de baja condición social especialmente prostitutas. Ed Gein, enfermo de psicosis, originó la figura de Norman Bates en "psicosis" y nombres como Albert De Salvo, Ed Kemper, Ted Bundy, Andrew Cunanan, Richard Chase, Monty Russell, John Gacy, John Joubert o Henry Lee Lucas han motivado profundos análisis sobre la conducta homicida en serie grave.<sup>1</sup>

## Definición

El asesino en serie (AS) se define por la existencia de tres o más asesinatos en lugares y periodos temporales diferentes existiendo un periodo de refrescamiento entre cada homicidio el cual puede ser días, semanas, meses o años. Un *Asesino en masa* (AM), por otra parte, es un individuo que comete múltiples asesinatos en una ocasión aislada y en un solo lugar (tres o más) sin periodo de enfriamiento emocional. Los autores algunas veces cometen suicidios, por consiguiente, el conocimiento de su estado mental y qué los motiva a actuar de esa manera, se deja muchas veces a la especulación. Los pocos asesinos masivos que han podido ser atrapados afirman que no recuerdan claramente el evento. El asesinato familiar, subtipo del AM, se divide en *AM/suicidio*, con tres o más víctimas además del suicidio del

autor, y el *AM Familiar* propiamente dicho, con cuatro o más víctimas y sin el suicidio de su autor.

Pueden no actuar solos y organizarse en pseudo comandos, ser aniquiladores familiares, incendiarios, bombardeos envenenadores, empleados insatisfechos o discípulos de líderes carismáticos de sectas.

Un *spree killer* (*asesino sensacionalista* - eg. *homicidios pasionales*) comete múltiples asesinatos en diferentes lugares, dentro de un periodo de tiempo que puede variar desde unas cuantas horas hasta varios días. A diferencia de los asesinos en serie, ellos no vuelven a su comportamiento normal entre asesinatos.<sup>1,2</sup>

Para establecer que un solo individuo ha cometido más de un homicidio, estos deben relacionarse entre sí, sea por métodos psiquiátricos o del comportamiento. Dentro de los métodos psiquiátricos se pueden encontrar evidencia tal como pruebas de ADN o huellas digitales; pero en muchas ocasiones pueden estar ausentes ante lo cual se requiere de la consistencia conductual del asesino pero esta puede ser similar entre varios ofensores. Para establecer estas diferencias es necesario distinguir qué tipo de conducta siguen y si es posible clasificarlos en tipos de homicidas.

## Epidemiología

Existen más de medio millón de muertes por homicidio cada año. El homicidio es la sexta causa de mortalidad. Aún no existe certeza sobre la relación entre los trastornos mentales y homicidio. Algunos estudios apoyan la presencia de trastornos psicóticos y solamente uno examina la prevalencia de otros trastornos mentales además de la psicosis.<sup>3,4</sup>

Los actos de agresividad impulsiva, intermitente o

\*Jefe de Residentes, Residente Tercer Año.

episódica son característicos del Trastorno Explosivo Intermitente, el cual tiene una prevalencia en la población de 7.3%. Se ha reportado que cometen actos de agresividad física después de los 18 años cerca de un cuarto de todos los hombres y aproximadamente un medio de esa cifra representa a las mujeres.<sup>5</sup>

En Suecia, Fazel y Grann (2004), investigaron los homicidios cometidos en un periodo de 14 años encontrando en 2005 homicidios que cerca del 90% de estos homicidas presentaba un trastorno mental: 47% presentaba abuso de sustancias y 54% algún trastorno de personalidad (cluster A 6%, cluster B 17%, cluster C 1% y Trastorno de la personalidad sin especificación 24%).

En relación a los asesinos en serie se calcula en Estados Unidos existen 150, aunque se han estimado cifras de hasta 350. Se estima que el 89% son varones, y el 11% son mujeres, con una edad que oscila entre 25 y 35 años, el 90% blancos. En promedio estos asesinos matan entre 8 a 14 víctimas en un periodo de 4 a 8 años. Los AS tienen un móvil geográfico (50% asesinos locales), tienen una mayor tendencia a incluir tortura y mutilación como parte del proceso de asesinar, y reportan un motivo sexual en un 50% de los casos. Los asesinos en serie mujeres reportan como motivo principal la ganancia personal, llevan acabo asesinatos en lugares específicos en un 60% y envenenan a sus víctimas en 60% de los casos. Mientras que los AS masculinos matan a extraños, las mujeres matan a sus esposos o conocidos. Un quinto de las mujeres AS cometen este hecho en hospitales u hogares de cuidado cuando son empleados de los mismos. Cuando las mujeres comenten un homicidio sádico-sexual lo hacen en complicidad con un hombre. Un 35% de los asesinos en serie tienen un cómplice.<sup>5,6</sup>

En nuestro país, Ramírez et al(2007) en un estudio en privados de libertad encontró que los privados de libertad varones cometieron delitos principalmente contra la vida (45%). Los hombres fueron cuatro veces más agresivos que las mujeres sin importar su edad, con una frecuencia de agresividad del 44.1% y de trastorno disocial de 39.7%. Los privados de libertad fueron 8 veces más antisociales que los controles. La frecuencia de agresividad fue de 26.6% y de impulsividad 43.3%. También resultaron las mujeres 6 veces más impulsivas que los hombres privados de libertad. El 29% de los policías presentaron criterios de trastorno disocial y fueron 2 veces más antisociales y 2 veces más agresivos que los controles.<sup>7</sup>

### Clasificación<sup>8,9</sup>

Existen varias clasificaciones de los AS, entre las cuales encontramos:

- I. Organizados y desorganizados.
- II. Localizados o itinerantes.
- III. Visionarios-misionarios-hedonistas.
- IV. Clasificación de Holmes y De Burguer:<sup>10</sup>
  - Psicópata sádico sexual
  - Asesino por diversión

- Crimen organizado
- Envenenadores que cuidan personas

*Organizado.* Existen características del AS organizado que son plenamente compatibles con la personalidad psicopática con un agresor que selecciona a la víctima (en ocasiones con un perfil determinado), utiliza medios coercitivos y de sujeción («kit del violador»), aplica técnicas de control y sufrimiento de la víctima, ocultándola cuando la mata y emitiendo pruebas falsas para desorientar a la policía. Los ritualismos implican un aumento del tiempo «en escena», aumentando por tanto el riesgo de aprensión. Suponen una disociación cognitiva del agresor respecto a la realidad, imbuyéndose en las fantasías que ha ido construyendo y que les permitirán revivir cognitiva y emocionalmente dicho momento con los «souvenirs y trofeos» conseguidos. El organizado mostrará un estado mental de *control* durante sus acciones, en todo caso con una disociación emocional durante la comisión del crimen, que puede impregnar de rabia, ira, o descarga emocional, sin empatía hacia ella ni sentimiento de culpabilidad o reconocimiento de su responsabilidad sobre las acciones cometidas

*Desorganizado.* El desorganizado en cambio, no dispone de medio de transporte propio, participa en actividades solitarias, vive sólo o con un progenitor, mata a las víctimas como «mal menor» para despersonalizarlas después (contusiones y lesiones abundantes, múltiples en área facial y tórax fundamentalmente), puede mantener actividades parafilicas o practicar desmembramientos, normalmente con actividades fetichistas. En el albor de su desorganización no suele ocultar el cadáver, puede volver al lugar del crimen o participar en la ceremonia funeraria para revivir el «clímax emocional» que vivió previamente, durante o después del crimen.

*Visionarios.* Contrariamente a la opinión popular, rara vez los asesinos seriales son dementes o están motivados por alucinaciones y/o voces en sus cabezas

*Misioneros.* Los llamados *asesinos apostólicos* creen que sus actos están justificados toda vez que ellos se deshacen de cierto tipo de personas indeseables, (prostitutas o miembros de cierto grupo étnico), haciéndole un favor a la sociedad.

*Hedonistas.* Este tipo asesina por el simple placer de hacerlo, aunque las características que ellos disfrutan pueden diferir. Algunos pueden deleitarse con la "búsqueda" de perseguir y encontrar una víctima más que cualquier otra cosa, mientras otros pueden estar principalmente motivados por los actos de tortura y abuso de la víctima mientras está viva. A pesar de eso, otros pueden asesinar al perjudicado rápidamente, casi como rutina y después gratificarse en actos de necrofilia o canibalismo. Usualmente existe un fuerte rasgo sexual en los crímenes, aún cuando puede que no sea inmediatamente obvio, pero algunos

asesinos obtienen una oleada de excitación que no es necesariamente sexual.

## Caracterización Clínica

Salfati y Bateman (2005) proponen que estos homicidios se caracterizan por un alto grado de planeación y control, contrario a lo que se encuentra en los homicidios únicos los cuales son predominantemente impulsivos, sin planeación, con interacción emocional entre el ofensor y la víctima.

Las emociones juegan un rol importante en estos homicidios; lo que más se relaciona es la gratificación que el ofensor pueda tener durante la consumación del hecho.

El 30 a 50% de los asesinatos en serie, se relacionan más a las metas del ofensor a través del acto violento que a asesinar; razón por la cual los AS retrasan la detección de la víctima por parte de la familia o de la policía, se apoderan de los objetos personales de la víctima, se involucran en actividades sexuales con la víctima, siendo estas actividades más importantes para el asesino que la misma acción de matar. Es importante recalcar que el ofensor trata de distanciarse psicológicamente de la víctima, tal como lo hace el asesino de una sola persona, realizando coito anal y el uso de cobertores en los ojos de las víctimas.

Canter y col. (2004) sugieren que este tipo de asesino esconde la evidencia, la destruyen o mueven el cuerpo del delito, ya que ellos han cometido crímenes previos y ya han sido encarcelados por los mismos.<sup>11</sup>

### Fases del Ciclo del Asesino en Serie

FASE	CONDUCTA
Aura	Disminuye contacto con la realidad
Rodaje	Seguimiento víctima
Galanteo	Atracción de víctima
Captura	Caída en la trampa
Totem/Asesinato	Alto contenido emocional
Depresivo	Postmortem

## Etiopatogenia de la Agresividad

En los modelos animales se han clasificado 3 formas de agresividad:

1.- Agresión predatoria. Lo que se encuentra en la búsqueda de alimentos de ciertas especies omnívoros y carnívoros, en esta existe estimulación eléctrica de un circuito que incluye los sitios hipotalámicos dorso lateral y la mitad ventral periacueductal gris.

2.- Agresión inter machos. No se sabe con exactitud que circuitos intervienen pero se postula que hay una alta densidad de receptores de testosterona en la amígdala media a través del área preóptica e hipotalámica anterior, hasta bajar al periacueductal gris del tallo cerebral.

3.- Agresión reactiva. Incluye ataques sin planeación, llenos de furia hacia el objeto que se considera amenazante o frustrado. Se ha identificado el siguiente circuito que va desde las áreas amigdaloides mediales, vía el estria terminalis hasta el

hipotálamo medial y desde ahí hasta al mitad dorsal del periacueductal gris.

## Agresividad humana:

De los tres modelos enumerados previamente es la agresión reactiva la que más se relaciona con la violencia humana. Esta se activa ante la amenaza y la frustración. De hecho, se ha establecido una asociación entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la agresividad reactiva. En el TEPT las neuronas en este sistema de amenaza pueden estar consideradas en un nivel de umbral bajo de tal forma que cualquier estímulo ambiental por menor que sea puede iniciar una agresividad reactiva.

Conceptualmente se ha establecido una diferenciación entre agresividad reactiva (impulsiva) y agresividad instrumental (premeditada, proactiva, predatoria).<sup>12</sup> La agresividad instrumental tiene un propósito y una meta específica y puede ser referida como "a sangre fría" y es altamente influenciada por el ambiente de aprendizaje del individuo, por ejemplo, el ambiente de aprendizaje influye en que tipo de armas usar: puños o armas de fuego, mientras que la reactiva se presenta en situaciones de amenaza y frustración, siendo una de sus características fundamentales lo abrupto y la furia.

Figura 1. Susceptibilidad a la agresividad y Diagnóstico Psiquiátrico



Fuente: Siever L. Neurobiology of aggression and violence. Am J Psychiatry 2008; 165: 429-442.

Como se ilustra en la figura previa (Fig 1), la susceptibilidad a la agresividad puede manifestarse de diferentes formas de acuerdo al contexto psicopatológico en el cual ocurra, por ejemplo: en el contexto de la psicopatía, la cual se caracteriza por una falta de empatía y un comportamiento tosco hacia los demás, puede manifestarse como agresividad instrumental con características antisociales y hasta cometer actos criminales característicos del trastorno de personalidad antisocial.

Cuando la susceptibilidad se asocia con alteración cognitiva coexistente o desorganización con alteración de la realidad, la agresividad puede manifestarse en conductas psicóticas o "desviadas", tales como el homicidio, abuso sexual y asesinatos en serie. Cuando la susceptibilidad a la agresividad ocurre en un individuo predispuesto a la ansiedad que posteriormente es expuesto a un trauma, los actos agresivos pueden presentarse en situaciones que evoquen el trauma

original, como ocurre en el TEPT. Cuando hay presente una alta sensibilidad emocional y desregulación, la agresividad reactiva o impulsiva puede ocurrir, tal y como ocurre en el trastorno borderline de la personalidad. La susceptibilidad a la agresividad puede presentarse por un estado de humor alterado o de ansiedad, como en el trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno por pánico. La agresividad episódica y violencia puede acompañar a la demencia.

En cualquiera de los contextos que se han mencionado, la agresividad impulsiva puede ser considerada como un umbral menor para la activación de respuestas agresivas motoras a impulsos externos sin un adecuado reflejo a las consecuencias negativas de dicha conducta.

### **Neuroanatomía y Neurobiología de la agresividad (ver figura 2)**

#### *I. Corteza*

El rol crítico del control que ejerce la corteza prefrontal en las conductas agresivas y disociales fue primeramente reconocido en el contexto de lesiones corticales prefrontales en comportamientos agresivos. Las lesiones que ocurren en la niñez y adultez en la corteza prefrontal ventromedial resultan en una severa alteración de la emoción, que lleva a una disminución de discernimiento en la vida real.<sup>13</sup> Los pacientes que presentan lesiones del lóbulo frontal, incluyendo la corteza prefrontal, probablemente usarán más la intimidación física y las amenazas en situaciones de conflicto.

El lóbulo temporal también se involucra en la susceptibilidad a la violencia y agresividad. Esta relación se manifiesta en conductas agresivas en pacientes que presentan tumores pero que también pueden ser asociadas con otras lesiones de dicho lóbulo.

*Estudios de Imagen:* Hay reducción en la sustancias gris prefrontal, como lo observado en pacientes con el trastorno disocial de la personalidad. Además se ha encontrado disminución de la corteza frontal izquierda y de la corteza cingulada anterior derechas en pacientes con trastornos borderline de la personalidad, la cual es más marcada en el área 24 de Brodmann. La corteza temporal, particularmente la corteza temporal medial y el hipocampo, han también demostrado tener alteraciones estructurales, incluyendo asimetría en los sujetos antisociales.<sup>14</sup> Además se ha encontrado disminución del metabolismo de glucosa usando tomografía por emisión de positrones (PET) en las cortezas temporal y frontal. Asimismo, hay una relación inversa entre la historia de conducta agresiva violenta y el metabolismo de la glucosa en la corteza orbito frontal y la temporal derecha, con reducción del metabolismo en las áreas de Brodmann 46 y 6 en pacientes con trastornos borderline de la personalidad.

En la imagen por resonancia magnética funcional, se encontró que en los pacientes con trastorno borderline de la

personalidad hay mayor actividad de la amígdala, giro fusiforme, giro parahipocámpico, declive cerebelar, corteza prefrontal ventrolateral, áreas visuales occipitales y regiones relacionadas con el procesamiento sensorial, emocional y facial, mientras que los individuos sanos presentaban una mayor actividad de la ínsula, la cual se involucra en el procesamiento visceral emocional y de la corteza dorsomedial y dorsolateral prefrontal, que se involucra en el procesamiento cognitivo.

#### *II. Sistema límbico/Estructuras subcorticales*

Existe hiperactividad del sistema límbico, incluyendo estructuras como la amígdala, en respuesta a estímulo negativos o provocadores.

El “*kindling*” ocurre cuando un circuito es sometido a estimulación repetida y se vuelve sensible o “sensibilizado” a estimulación futura. Aunque este fenómeno se ha asociado al trastorno bipolar, también puede ser aplicado a los arranques repetidos de violencia y explosión. Las regiones que se implican con este fenómeno incluyen regiones de la corteza límbica, tales como la amígdala y corteza enterorrinal, que puede implicarse en la agresividad impulsiva.

#### *III. Neuromoduladores*

##### **Neurotransmisores**

**Serotonina:** Este facilita las regiones corticales prefrontales, tales como la corteza orbitofrontal y cingular anterior, las cuales modulan y generalmente suprimen el surgimiento de comportamientos agresivos al actuar en los receptores 5HT<sub>2</sub> de estas regiones. Cabe resaltar que la depleción de serotonina se implica en la disminución del aprendizaje de la cooperación y disminución en la percepción de la confianza. Los antagonistas de los receptores 5HT<sub>2A</sub> reducen la impulsividad en los modelos de animales y los neurolépticos atípicos con antagonismo 5HT<sub>2A</sub> son buenos antiagresivos.

**Catecolaminas:** Hay aumento en la sensibilidad de los receptores noradrenérgicos y esta puede estar relacionada a una hiperreactividad al ambiente, lo que indirectamente aumenta la probabilidad de agresividad. La dopamina se involucra en la iniciación de conducta agresiva y la disminución de los receptores D<sub>1</sub> se han implicado en los pacientes que presentan depresión con ataques de ira.

**Acetilcolina:** La anomalías en la actividad colinérgica pueden contribuir a la hiperactividad de las regiones límbicas subcorticales, resultando en que el individuo presente disforia o irritabilidad, lo cual puede llevar a agresividad.

**Glutamato/GABA:** El desbalance en la actividad de estos puede contribuir a la hiperactividad de regiones subcorticales límbicas. Los moduladores de los receptores del ácido gamma amino butírico tipo A puede aumentar la agresividad y la tiagabina, un inhibidores de la recaptura de GABA, disminuye la agresividad.



## Neuropéptidos

**Vasopresina:** Esta se implica tanto en la agresividad como en la conducta filial. En los estudios de animales en los cuales se encontró densidades mayores de neuronas que contenían vasopresina en el hipotálamo anterior, se asociaban con mayor agresividad selectiva.

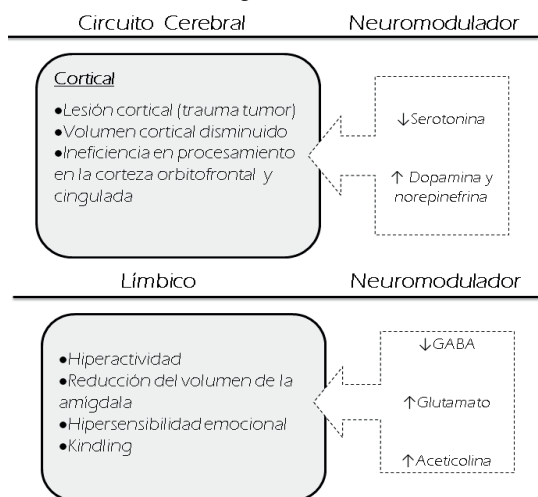
**Oxitocina:** Esta se involucra en la conducta de afiliación y confianza. Reduce la actividad en la amígdala humana, por lo que su déficit podría contribuir a la hostilidad, miedo y desconfianza, todas estas son elementos precondicionantes para el surgimiento de la agresividad.

**Neuroesteroides:** Las altas concentraciones de testosterona han sido reportadas en poblaciones caracterizadas por ser altamente agresivas, incluyendo criminales con trastornos de personalidad.

**Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.** Las concentraciones de cortisol han sido encontradas bajas en los individuos altamente agresivos y esta agresividad se ha asociado con anticuerpos reactivos al factor liberador de la corticotropina.

**Esteroles y ácidos grasos:** El colesterol disminuido se asocia con conducta agresiva, incluyendo crímenes violentos e intentos suicidios violentos.<sup>10</sup> Reduce la actividad en la amígdala humana, por lo que su déficit podría contribuir a la hostilidad, miedo y desconfianza, todas estas son elementos precondicionantes para el surgimiento de la agresividad.<sup>10</sup>

**Figura 2. Circuito cerebral y Neuromoduladores regulando la Agresión**



Fuente. Siever L. Neurobiology of aggression and violence. Am J Psychiatry 2008; 165:429-442

## Genética

Estudios de gemelos y familias sugieren que la agresividad, particularmente el tipo impulsivo/irritable, tiene una alto grado

de herencia (44%-72%), lo que es consistente con meta análisis de más de 20 estudios de gemelos. Las interacciones de los genes juegan un rol en la agresividad y conducta antisocial. Existen factores ambientales, como ser el observar o experimentar agresividad como niño o adolescente, así como factores socioeconómicos que conducen a la agresividad. Aquellos individuos que están predispuestos a ser agresivos son particularmente vulnerables a la adversidad psicosocial. Por ejemplo, los genes para el transportador de serotonina y monoaminooxidasa tipo A (MAO-A) interactúan con el maltrato infantil y la adversidad para predisponer a la violencia.<sup>17</sup>

## Teorías psicopatológicas

De acuerdo a Burgess y col, los AS son individuos que de niños tuvieron un mal apego, experiencias traumáticas y un mundo interno y privado de pensamientos y fantasías. Este modelo se basa en estudios de asesinos en serie masculinos y ofensores sádicos. En un estudio que comparaba 17 asesinos de un solo crimen con 25 hombres AS, encontraron en este último grupo una fantasía intrusiva representada por mayor rango de parafilia y fantasías violentas. Los escenarios de su crimen fueron más organizados, lo que sugería mayor premeditación y planeación

Una vez que han iniciado a cometer homicidios, realizan cada vez más ensayos para cometer el homicidio fantaseado. Después de que han realizado el primer homicidio, la experiencia subjetiva de dominación y control de la víctima se vuelve un mayor reforzamiento de su comportamiento y como la realidad no llena su fantasía, el asesino puede repetir su actividad para poder alcanzar un resultado similar al deseado en sus fantasías.

Se ha planteado que en el caso de las mujeres que son AS, haya antecedentes de abandono por padres, abuso sexual, abuso infantil, trastornos de personalidad, baja autoestima y un sentido personal de inadecuación.<sup>9</sup> En un estudio realizado a 24 ofensores sexuales se encontró que la fantasía sexual servía para:<sup>18</sup>

1. Regular el afecto
2. Estimulación sexual
3. Mecanismo de defensa
4. Re-experimentar y llevar a cabo nuevas ofensas.

Se ha sugerido que la fantasía *per se* pueda estimularles sentimientos de grandiosidad y omnipotencia, ya que la mayoría de las fantasías son "perfectas" y le dan la oportunidad al soñador que pueda tener el control completo del escenario imaginado. Estas fantasías pueden ocurrir antes, durante y después de la ofensa.

La sensación de control y poder durante el crimen es el factor más motivante.

Se ha propuesto que el perpetrador participa en ambos roles, tanto de víctima como de ofensor, para explicar esto se han propuesto las siguientes teorías:

1. Teoría relacionada al trauma
2. Teoría relacionada a distorsión cognitiva

3. Hipótesis de víctima sustituta
4. Hipótesis vicaria (tomar el lugar de otro)
5. El modelo de tolerancia adictiva
6. Hipótesis de grandiosidad sádica

#### *Teoría del trauma*

Plantea la asociación entre abuso infantil y abandono y postula que algunas de los actos ofensivos son una reviviscencia del trauma de niño. Esto se relaciona con “la identificación con la víctima”.

Otros plantean que el ofensor se identificó tempranamente con una figura parental que era tanto agresora como víctima. Otra teoría traumatogénica es la de la madre sexualmente provocativa, quizás abusó sexualmente del menor, por lo que el homicida desplaza su agresividad hacia la madre a otras figuras femeninas.

#### *Teoría de la distorsión cognitiva*

Estos individuos plantean actitudes y creencias que justifican su conducta, como ser que sus víctimas desean ser abordadas por ellos, desean el contacto sexual.

En esta se plantea que el homicida pretende “dirigir su propia película” y le da a la víctima una especie de guión, y cuando no actúa de la forma en que él desea, el salta al escenario y castiga a la actriz o actor, demostrándole cual es la forma correcta.

#### *Hipótesis de la Víctima sustituta*

En esta se plantea que el AS se arrastra asimismo como sustituto de la víctima fantaseada cuando una víctima externa no está disponible.<sup>20</sup> Generalmente hay autoerotización mediante asfixia u otra técnica sadomasoquista.

#### *Hipótesis Vicaria*

Se plantea que el asesino debe identificarse con la víctima, para así saber que respuesta esperar de la víctima cuando él la torture.

#### *Modelo de tolerancia adictiva*

El concepto de tolerancia se deriva de los trastornos de abuso de sustancias y puede aplicarse hipotéticamente por los comportamientos compulsivos y ritualísticos de los AS. Como la Asociación Americana de Psiquiatría define tolerancia como el efecto marcadamente disminuido cuando se usa continuamente una misma cantidad de una sustancia, ante esto se ha hipotetizado que existen otras formas de adicción gratificante en donde una mayor cantidad de “dosis” de un comportamiento se necesitará para alcanzar el mismo efecto.<sup>21</sup>

#### *Teoría de la Grandiosidad Sádica*

Cuando el ofensor asume el rol de una víctima actual o pasada. El ofensor busca el control de su víctima más allá de la vida y la muerte.

#### **Conclusiones**

Los AS son individuos que de niños tuvieron un mal apego, experiencias traumáticas y un mundo interno y privado de pensamientos y fantasías. 54% de los homicidas sufren algún trastorno de personalidad. Los AS tienden a la tortura, mutilación y motivo sexual en un 50%, a un alto grado de planeación y control (agresividad instrumental) y poseen disminución del volumen de la corteza prefrontal y sustancia gris con mayor activación del sistema límbico.

#### **Bibliografía**

1. Salfati G, Bateman A. Serial Homicide: An Investigation of Investigation of Behavioural Consistency. *J. Investig. Psych. Offender Profil.* 2:121-144 (2005).
2. Brodsky, P. *Serial Killers: The Method and Madness of Monsters.* The Berkley Publishing Group, Penguin Group, 2004. ISBN 0-425-19640-2
3. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorder and homicidal behavior in Finland. *Rch Gen Psychiatry* 1996; 53:497-501.
4. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: A Swedish population study. *Am J Psychiatry* 161:11, Nov 2004.
5. Serocynski AD, Bergeman CS, Coccaro EF. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry Res* 1999;86:41-57
6. Scott J. Serial homicide. *BMJ.* 1996 January 6; 312(7022): 2-3.
7. Ramirez-Mejia FA, Reyes-Ticas A. agresividad, impulsividad y trastorno antisocial en privados(as) de libertad y policías de la Penitenciaría Nacional y CEFAS. Estudio de casos y controles. *Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH* 2007: 10(1)
8. Cuquerella A. Asesinos en serie, clasificación y aspectos médico-forenses. *Psic Criminal y forense.* 2002
9. Anderson J. Genesis of a serial killer: Fantasy's Integral role in the creation of a Monster; Senior paper: May 1994. Psychology department, Luther college. <http://angelar.com/~jeremy/genesis.html>
10. Holmes: Offender Profiling: Approaches and developing profile: Offender Profiling, 2002. Disponible en URL:<http://www.jcg.jersey.sch.uk/subjects/psychology/crime/crimeffpro.html> (1989).
11. Canter DV, Wentik. An empirical test of Holmes and Holmes's serial murder typology. *Criminal Justice and behavior.* 2004; 31: 489-515
12. Siever L. Neurobiology of Agression and Violence. *Am J Psychiatry* 165:4, April 2008
13. Anderson SW, Barrash J, Bechara A, Tranel D. Impairments of emotion and real-world complex behavior following childhood or adult onset damage to

- ventromedial and prefrontal cortex. *J Int Neuropsychol Soc* 2006; 12:224-235
14. Raine A, Ishikawa SS, Arce E, Lencz T, Knuth HK. Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths. *Biol Psychiatry* 2004; 55:185-191.
  15. Wood RM, Rilling JK, Sanfey AG, Bhagwagar Z, Rogers RD. Effects of tryptophan depletion on the performance of an iterated Prisoner's Dilemma game in healthy adults. *Neuropsychopharmacology*. 2006 May;31(5):1075-84.
  16. Dougherty DDF, Bonab AA, Ottowitz WE, Livni E, Alpert NM, Rauch SL, Fava M, Fischman AJ. Decreased striatal D<sub>1</sub> binding as measured using PET and <sup>11</sup>C SCH23,390, in patients with major depression with anger attacks. *Depress Anxiety* 2006; 23:175-177.
  17. Reif A, Rosler M, Freitag CM, Schneider M, Eujen A, Kissling C, Wenzler D et al. Nature and nurture predispose to violent behavior: Serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32:2375-2383.
  18. Knoll J, Hazelwood R. Becoming the Victim beyond sexual sadism in sexual serial murderers. *Aggression and Violent Behavior* 2009; 14(2):106-114
  19. Meloy, R.). The Nature and Dynamics of Sexual Homicide: An Integrative Review. *Aggression and Violent Behavior* 2000; 5(1): 1-22
  20. Myers WC, Bukhanovskiy A, Justen E, Morton RJ, Tilley J, Adams K, et al. The relationship between serial sexual murder and autoerotic asphyxiation. *Forensic Sci Int*, 2008; 176(2-3), 187-195.
  21. American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. (4th ed.). American Psychiatric Association. Washington, DC