

Reporte de
caso clínico

Homicida en serie intramuros. Reporte de caso

FRANKLIN ESCOBAR-CÓRDOBA

ÁNGELA ROCÍO ACERO-GONZÁLEZ

JAHIR PEDREROS-VELÁSQUEZ

INTRODUCCIÓN

El homicidio serial es uno de los más llamativos y que probablemente despierta más interés en el ámbito legal y social, sin embargo, existe poca investigación al respecto (1-3). Se estima que los homicidas seriales son responsables de miles de muertes anuales en EEUU (4-5). Entre 1960-1991 se identificaron 357 homicidas en serie responsables de 3169 homicidios (4).

En Colombia, en los últimos años, se ha despertado el interés por el estudio de los homicidas en serie tras la captura de Pedro Alonso López apodado "El Monstruo de los Andes" y de Luis Alfredo Garavito, este último condenado por el homicidio y violación de más de 240 niños (6-7). Enseguida se presenta y discute el caso de un homicida en serie internado en una clínica psiquiátrica privada en Bogotá, en calidad de insano mental.

CASO CLÍNICO

Mediante la práctica de varias entrevistas psiquiátricas forenses videofilmadas, transcritas y la revisión del historial clínico y jurídico con previa firma del consentimiento informado del sujeto investigado, se obtuvo los siguientes datos: Hombre de 47 años, natural de zona rural, procedente de Bogotá, soltero, con tres años de escolaridad, no perdió ningún curso. Desde 2003, se halla interno en entidad de salud mental privada, como insano mental.

La mayor parte de su vida se dedicó al crimen, sólo de los 41-44 años de edad se desempeñó como animador de fiestas infantiles y promotor de ventas en un supermercado. El sujeto vivió en la calle desde los 10 años, según refiere a consecuencia de los múltiples maltratos paternos. Allí, aprende a mendigar, robar y consumir sustancias. A los 12 años, sus hermanos lo internan en reformatorio por seis meses, luego de los cuales reincide en diversos actos delictivos, siendo recluido en un centro de reeducación para menores durante tres años. Sale en libertad a los 16 años y pocos días después es detenido por robo y permanece un año en la cárcel, luego sale nuevamente y a los 15 días vuelven a detenerlo por robo; va a una cárcel local donde permanece recluido por dos años. Luego de su egreso es detenido y condenado a 48 meses de prisión y estando allí pagando su condena, hiere a un interno, siendo trasladado de cárcel donde comete su primer homicidio, descuartizando a un preso, porque según el sujeto "era muy grosero". Lo trasladan a la Cárcel Nacional La Picota en Bogotá donde "como yo vi que ya estaba copado 24 años, pues seguí con lo mismo". En Colombia no existe la acumulación de penas, por lo tanto una vez juzgado un individuo por un delito y dada la máxima pena no se le puede sumar otras condenas, paga la más alta. Continúa: "un muchacho intentó robarme un reloj, por eso se murió también; a otro le di un radio para que lo

RESUMEN

En el siguiente artículo se informa el caso de un hombre, actualmente recluido en una clínica psiquiátrica privada como inimputable, quien cometió en prisión once de sus doce homicidios reportados. Se revisan los aspectos principales característicos de los homicidas en serie y se realiza la discusión para el caso presentado.

Palabras claves: defensa por insania. homicidio. reporte de caso. violencia.

ABSTRACT

This paper presents a case report inquires into a man, at the moment hospitalized in a private forensic psychiatric clinic, this person has committed in prison eleven of its twelve reported homicides. The main aspects are reviewed and the characteristic of the serial homicides and the discussion for the displayed case is made.

Key Words: case report. homicide. insanity defense. violence.

vendiera y como se gastó la plata” también se murió. Dada la situación por este tiempo es aislado en el anexo psiquiátrico forense de la Cárcel Nacional La Picota por seis años y luego trasladado de cárcel.

En 1999, es declarado insano mental como: “esquizo-frénico crónico irreversible” y sale de prisión ese año, visita a su familia en Cali por un lapso de 15 días. En los 22 años que estuvo en prisión mató a once personas. Al salir de la cárcel trabaja como payaso animador de fiestas infantiles y en locales comerciales hasta el 2002, momento en el cual comete otro homicidio, “era un amigo pero se las quería dar de vivo conmigo y se murió, yo estaba borracho, pero no mucho. Todo sucedió frente a la cárcel de Girardot de donde yo había salido antes”. Es detenido y llevado de nuevo a la cárcel local de donde es trasladado a la cárcel Nacional Modelo y de allí remitido a la entidad de salud mental privada por insania mental donde permanece hasta la fecha.

El sujeto en la entrevista refirió no tener ningún remordimiento por los homicidios cometidos y al contrario piensa que sus víctimas se lo merecían. Al preguntarle por síntomas psicóticos en su vida refiere ideas delirantes persecutorias durante el consumo de pasta básica de cocaína y pseudoalucinaciones que le dicen que es lo que está bien o mal.

El sujeto es fruto de cuarta gestación, de madre multipara (14 partos). Consume sustancias desde los 9 años de edad (cigarrillo, alcohol, marihuana, pasta básica de cocaína, cocaína, benzodiazepinas, barbitúricos, morfina, hongos e inhalantes). En la cárcel realiza varios intentos de suicidio ingiriendo fósforos, vidrios y exponiéndose a que otros presos lo agredieran. Tiene cicatrices múltiples por heridas por arma blanca en abdomen y tórax (toracostomías a drenaje cerrado, toracotomía, laparotomía exploratoria y colostomía). Es diagnosticado con “esquizofrenia crónica irreversible” en 1999 y medicado con clozapina hasta 100 mg diarios. Inició relaciones sexuales a los 20 años, con varias mujeres, generalmente prostitutas, y una relación homosexual en la cárcel, niega haber padecido enfermedades venéreas. Su padre es alcohólico, sin clara presencia de enfermedad mental, estuvo preso por varios años; una de sus hermanas es epiléptica y un hermano alcohólico.

SITUACIÓN JURÍDICA

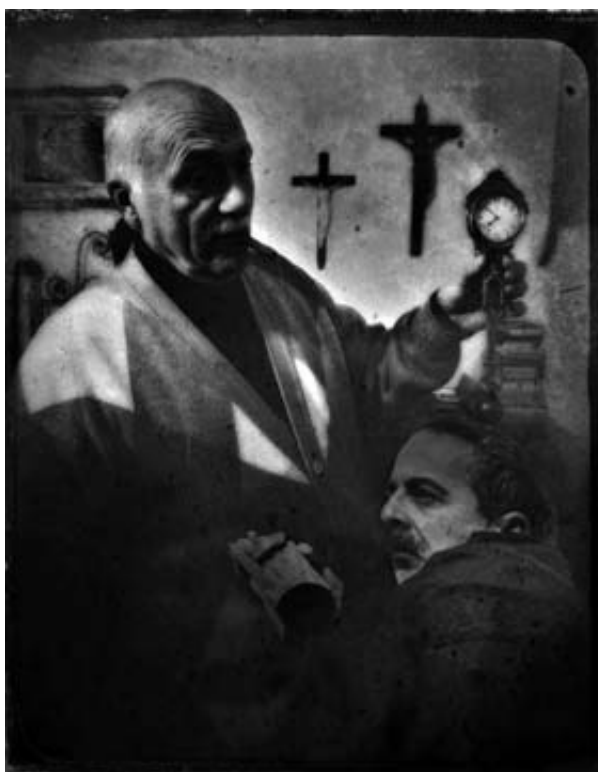
Este sujeto estuvo recluso como menor por tres años, y en cárceles de los 16 a los 42 años (Isla Gorgona, El Barne, Picalaña, La Picota, La Modelo, Villa Nueva, Vista Hermosa, cárcel de Girardot, Cartago, etc.). Luego de su última detención, dado sus supuestos antecedentes de enfermedad mental grave tipo esquizofrenia y las circunstancias en que se desarrolló el último homicidio, un Juzgado de Ejecución de Penas, en el 2003 cambia la detención carcelaria por la “medida de seguridad consistente en internamiento en institución psiquiátrica para que reciba el tratamiento adecuado”. El dictamen emitido por psiquiatría forense oficial señala que “desde hace varios años, ha recibido tratamiento psiquiátrico y se le ha diagnosticado esquizofrenia. Concluyéndose que para la época de los hechos y en la actualidad padece un trastorno mental permanente”.

PERFIL HISTÓRICO

El sujeto es el cuarto de 12 hermanos, refiere violencia intrafamiliar, maltrato físico y psicológico paterno. El padre lo golpeaba frecuentemente, al llegar en estado de embriaguez hasta hacerle sangrar “que para que yo fuera berraco, que para que yo fuera irónico, para que cuando yo estuviera grande y alguno otro me fuera a meter la mano en la trompa que así mismo le diera duro con lo que fuera también”. Le daba demostraciones de cómo defenderse: “la otra vez cogió un perro en el patio de la casa y llegó todo borracho y me dijo, venga que le tengo que enseñar como es que tiene que matar a otro cuando usted tenga años y le peguen en la trompa, para que no se deje usted tiene que ser el guardaespaldas de la familia, el malo de la familia, entonces cogió el perro con una cadena, lo alzo y sacó un mataganado, un cuchillo, y cogió a puñaladas el pobre perrito, lo mató delante de mí. Mi papá tenía dos bares y una carnicería y la gente decía que el ya había matado a varios”. De su madre refiere que era una mujer excelente y que no lo reprendía. Refiere una buena relación con sus hermanos. No ha tenido novias, ni parejas estables.

EXAMEN FÍSICO Y DEL ESTADO MENTAL

Sujeto con gorro que cubre un tatuaje en la frente, en forma de cruz hecho en la cárcel luego de su primer homicidio para que: “me salvara de la muerte”. Colaborador, habla tranquilamente de su vida. Frecuencia cardíaca=75 pulsaciones por minuto. Buen estado general. Múltiples cicatrices postquirúrgicas toracoabdominales de heridas por arma blanca. El examen mental es normal excepto gran frialdad emocional y nula empatía. Se aplicó el Examen mínimo del estado mental=21/30. Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (WAIS): Coeficiente intelectual=86, verbal=90 y



Giovanni Firmani

manipulativo=82. Lista de Chequeo de Psicopatía Revisada de Hare versión argentina (PCL-R)= 39. Además se analizó testosterona total=4.41ng/ml (valor de referencia=2.8-8) y colesterol total=166 mg/dl.

Se hizo una impresión diagnóstica según el Manual Estadístico y Diagnóstico en su cuarta edición de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV) de: Eje I: Sin diagnóstico. Eje II: Trastorno de personalidad mixto (antisocial-narcisista). Eje III: Sin diagnóstico. Eje IV: Red de apoyo deficiente, institucionalizado. Eje V: Escala de Adaptación Global actual 50/100. El sujeto espera decisión judicial para ser trasladado a ciudad donde habita su familia. Durante esta situación presentó agresión violenta, sin resultados fatales, contra la psicóloga de la entidad donde se halla interno.

HOMICIDIO EN SERIE

La mayoría de autores coinciden en que un homicida en serie es aquel que mata a dos o más personas en incidentes no relacionados temporalmente, entre los cuales, usualmente, existe un periodo de "enfriamiento" (cooling off) (4). En un documento la Federal Bureau of Investigation (FBI), lo define como aquel que mata tres o más personas, en incidentes separados y con semanas o más tiempo entre ellos (1,4). Egger incluye elementos como que la víctima y el victimario sean desconocidos, que los hechos ocurran en lugares diferentes, que no exista una ganancia material y que los motivos sean desconocidos, además de que la víctima tenga un valor simbólico o que sea considerada de menor estatus (1,4,5).

TIPOLOGÍA

El Centro Nacional para el Análisis del Crimen Violento, establece dos tipos de homicida serial; el "spree" y el clásico. El primero se caracteriza por no tener un periodo de "enfriamiento" y por tener como motivación la búsqueda de emoción o una ganancia financiera. El clásico presenta un método de acecho y la escena del crimen sugiere un motivo sádico/sexual (1,4,5).

Dietz, establece cinco tipos: el psicópata sádico-sexual, es decir, el que mata por placer; el "spree", el que pertenece al crimen organizado, ya sea mafia, pandillas, y que mata con fines financieros, territoriales, de retaliación, etc; los cuidadores, que envenenan o asfixian y se encuentran en los ancianatos y otras casas de cuidado de personas; y, los psicóticos, cuyo crimen es el resultado de una ideación delirante (4).

Ressler, los divide en organizado y desorganizado. El homicida organizado planea sus crímenes, deja pocas evidencias y es más difícil su captura; toma un trofeo de su víctima. El desorganizado actúa de una forma espontánea, caótica, deja más evidencias, realiza actos sexuales después de la muerte de la víctima (necrofilia), es más fácil de capturar (1,4,6).

Hickey los clasifica según su desplazamiento en viajeros, locales y de lugares específicos. Los viajeros cometen sus homicidios mientras se mueven de un área a otra, o en diferentes áreas. Los locales permanecen en un área determinada; y los de lugar específico matan en casa, sitio de trabajo, etc (4).

Por último, Holmes y Deburger los incluyen en cuatro grupos según su motivación: Visionarios: se relaciona con síntomas psicóticos positivos. Obedecen a las voces o visiones

que le piden matar a un determinado grupo de personas. Misionarios: su principal objetivo es eliminar una subpoblación como prostitutas, católicos, homosexuales, etc. Hedonísticos: mata porque es algo gratificante o porque aumenta su estatus personal social y por Poder y Control: asesina por sentirse más fuerte que su víctima (4,5).

EPIDEMIOLOGÍA

En Estados Unidos parece estar aumentando el número de homicidas seriales, sin embargo, no se tienen cifras claras. En promedio matan entre 8-14 víctimas en un periodo de 4-8 años (4,5,8). La mayoría son hombres (96%), caucásicos (90%), inician sus homicidios hacia la mitad de los 20-30 años. Con frecuencia usan la tortura o la mutilación y reportan, en un porcentaje más alto (50%), un motivo sexual que las mujeres. Las mujeres cometen sus homicidios en un periodo de tiempo más largo, quizá porque no existe sospecha de ellas en un comienzo. Envenenan a sus víctimas hasta en el 60% de los casos y su motivación con más frecuencia es una ganancia personal (3,4,8). Como características comunes la mayoría provienen de familias disfuncionales con modelos inadecuados, historia de abuso infantil, pobreza, desempleo y se halla que con frecuencia han aprendido a asociar violencia y placer (5).

Las víctimas se hallan, en la mayoría de los casos, entre los 20-29 años y entre los 30-39 años. Usualmente son mujeres, a diferencia de lo que se presenta con el total de las víctimas de homicidio, que en su mayoría son hombres. Usualmente son personas extrañas al victimario y llama la atención que el 27% de las víctimas son menores de 17 años (3).

TEORÍAS EXPLICATIVAS

Algunas teorías intentan explicar la etiología del homicidio en serie (4). La Teoría de la Tensión: hace referencia a que las metas que se establecen en la sociedad exceden con creces las oportunidades, lo que hace que muchas personas tengan que acceder a la "innovación" para conseguir esas metas, esto, se puede manifestar con la toma de conductas que afectan directamente a la sociedad. La Transmisión Social: postula que existe un aprendizaje de las técnicas de homicidio en ambientes como la cárcel, donde la mayoría de los homicidas en serie han estado antes de comenzar a matar. La Glorificación: plantea que algunos de los homicidas seriales buscan fama y reconocimiento, por lo que con los medios de comunicación muchas veces se estarían reforzando sus motivaciones. El Condicionamiento Operante: para estos homicidas, cada homicidio traería consigo una recompensa, una gratificación, lo que produciría un refuerzo positivo sobre la conducta. Lo Cognitivo: Estas personas tendrían la capacidad de prevenir o pasar encima de aprender formas de inhibir las conductas agresivas, tales como la devaluación de sus víctimas y la falta de empatía.

PSICOPATOLOGÍA

En los homicidas seriales se encuentra que el 20% tienen antecedentes psiquiátricos (4). La psicosis es poco probable de ser hallada por varios aspectos, por ejemplo, una persona con el deterioro de la esquizofrenia no establecería la huida

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD PSICOPÁTICA SEGÚN CLECKLEY

1. Encanto superficial e inteligencia normal.
2. Ausencia de delirios y otros signos de pensamiento irracional.
3. Ausencia de nerviosismo y de manifestaciones psiconeuróticas.
4. Informalidad.
5. Falsedad y no sinceridad.
6. Incapacidad para experimentar remordimiento o vergüenza.
7. Conducta antisocial irracional.
8. Falta de juicio y dificultad para aprender de la experiencia.
9. Egocentrismo patológico e incapacidad de amar.
10. Pobreza en las relaciones afectivas.
11. Pérdida específica de la intuición.
12. Poca respuesta a las relaciones interpersonales.
13. Conducta desagradable y exagerada, a veces con consumo exagerado de alcohol.
14. Amenazas de suicidio no consumadas.
15. Vida sexual impersonal, frívola y poco estable y
16. Dificultad para seguir cualquier plan de vida.

(4); sin embargo, los pacientes que según los estudios han mostrado mayor posibilidad de agresión y homicidio son aquellos con delirios de persecución y de control, así como pobre control de impulsos (9-12). Se halla que en estas personas los actos violentos conciernen con el uso de sustancias, descontrol de su enfermedad, familias hostiles y amenazantes, y actos violentos disparados por estrés de la vida diaria. La víctima es un familiar en el 87% de los casos, y los eventos ocurren en el hogar (11;12).

Las parafilias se hallan con mayor frecuencia en los homicidas seriales que en los únicos. Las principales son fetichismo, transvestismo y sadismo(4), siendo mayor la frecuencia en los homicidas cuya motivación es sexual (2).

El abuso de sustancias se informa en 50% de los homicidas en serie, principalmente alcohol. Durante sus crímenes la mayoría se hallan bajo efectos de alguna sustancia, alcohol casi siempre y además usan otras sustancias (anfetaminas, cannabis, etc.) para realizar los viajes, a veces de días completos, de un lugar a otro en búsqueda de víctimas (4).

El trastorno de personalidad (TP) más asociado con los homicidas seriales es el antisocial (TPA), sin embargo, no todos los TPA son homicidas, ni todos los homicidas seriales son TPA (4;6;13). Echeverry et al en un estudio colombiano hallaron que el 50% (N=23/46 hombres) de condenados por homicidio tenía TPA (14). Se han descrito rasgos presentes en la mayoría de estas personas como: la impulsividad, poca empatía, malas habilidades sociales e hipersensibilidad a la crítica (4;6). Según diversos reportes el TP se halla en el 20-80% de los homicidas (6;13,14). En los homicidas seriales se describe con frecuencia la personalidad psicopática. Cleckley describe 16 características de esta personalidad que se aprecian en la tabla I(1;2;4;6;9;15;16).

Hare describe los síntomas claves de psicopatía y establece dos dominios: el primero se refiere al área personal y emocional, e incluye los aspectos que hacen que el sujeto se desentienda de su parte humana (egocentrismo, superficialidad, manipulación) y el segundo factor se refiere al área de conducta antisocial. A partir de estos desarrolló una escala de evaluación bastante aceptada. En la versión revisada se establecen las características observadas en la tabla II. Se

halla que estos elementos varían de forma importante con los del TPA, por lo que algunos autores consideran que la psicopatía es la forma más severa de este TP.

ASPECTOS BIOLÓGICOS

En diversos estudios se han hallado alteraciones funcionales cerebrales como menor actividad del cuerpo calloso, que implicaría menor control del hemisferio izquierdo sobre el derecho lo que produciría una tendencia a experimentar emociones “negativas” (disforia) (4). Menor volumen de la sustancia gris prefrontal (4). Niveles del ácido 5-hidroxi-indolacético bajos, que se relacionan con un decremento en el uso de la serotonina. Se sabe que los niveles bajos de serotonina se relacionan con conductas impulsivas y agresivas (4). Los andrógenos se han asociado con conductas agresivas. Aunque no hay estudios de niveles de andrógenos en homicidas seriales, en atracadores violentos sí se ha hallado un nivel de testosterona más alto que en atracadores no violentos. En cuanto a la adrenalina se conoce que existe una relación negativa entre ésta y agresividad. Se cree que algunas personas con niveles bajos de adrenalina, que produciría en ellos anhedonia y aburrimiento, buscan estímulos a través de acciones violentas (4). Otros autores reportan las deficiencias en vitaminas y colesterol relacionadas con conducta violenta y sugieren que dando suplemento de vitaminas y ácidos grasos esenciales a presos con TPA disminuyen sus niveles de agresividad (4;17). Sin embargo, no hay suficiente evidencia para atribuir a factores nutricionales un rol etiológico (4).

GENÉTICA

Cuando hay antecedentes paternos de criminalidad, se halla que la persona tiene un riesgo cuatro veces mayor de tener conducta criminal. Se ha hallado que los hombres que tienen dos cromosomas Y (XYY) tienen niveles más altos de agresividad y criminalidad. En un estudio se halló que el 41,7% de los hombres XYY comparados con el 9,3% de los hombres XY tenían conductas criminales; sin embargo, no se hallaron diferencias al hacer la comparación en conductas violentas (4).

TABLA II. VERSIÓN ARGENTINA DE LA PSYCHOPATHY CHECKLIST REVISED DE HARE (PCL-R) DEL CASO REPORTADO. (23).

FACTOR 1		FACTOR 2	
Área Interpersonal /Emocional	Puntaje	Estilo de vida Antisocial	Puntaje
1. Locuacidad / Seducción superficial.	2	3. Necesidad de estímulos / Tendencia al aburrimiento.	2
2. Egocentrismo / Autovaloración grandiosa.	2	9. Vividor.	2
4. Tendencia a mentir / Engañar.	2	10. Inadecuado control del comportamiento.	2
5. Estafador / Manipulador.	2	11. Promiscuidad sexual.	2
6. Ausencia de remordimiento / culpa.	2	12. Problemas de conducta a edad temprana.	2
7. Superficialidad afectiva.	2	13. Carencia de objetivos a largo plazo.	2
8. Desconsideración / Indiferencia.	2	14. Impulsividad.	2
16. Transferencia de culpa / responsabilidad.	2	15. Irresponsabilidad.	2
		17. Numerosas relaciones de pareja breves.	1
		18. Delincuencia juvenil.	2
		19. Fracaso en liberación condicional o fuga.	2
		20. Versatilidad criminal	2
Puntaje subtotal	16		23
		Puntaje total	39

MODELO INTEGRADO

Este modelo incluye las bases primarias de la patología, en el que se incluye la teoría de diátesis estrés, donde la predisposición genética, interaccionaría con factores ambientales, familiares (maltrato infantil) y culturales (sociedad violenta). Esto produciría alteraciones en la personalidad, cogniciones distorsionadas y morbilidad mental. Así eventos estresores importantes como muerte de un familiar, ruptura de relación, producirían el primer homicidio. Ciclo ritual: si con la comisión del homicidio se produjo algún tipo de recompensa (sexual, huida) esto facilitaría la repetición del ciclo con un período de enfriamiento afectivo (4).

HOMICIDIO EN LAS CÁRCELES

Dentro de las causas de muerte en las cárceles, las violentas representan la mayoría (18). El suicidio es la causa de muerte más importante y ha sido objeto de estudio tanto en prisiones generales como en hospitales psiquiátricos forenses ya que su prevalencia es mucho mayor que la de la población general (19-21). En Canadá al evaluar las causas de muerte en cárceles entre 1990-1999 se halló que el homicidio era responsable del 9,5% de las causas violentas y del 5,6% de todas las causas (18).

DISCUSIÓN

Este caso clínico presenta un sujeto con diversos factores de riesgo para conducta criminal y homicida. Teniendo en cuenta el estudio de Farrington (22), procede de una familia numerosa, con padre al parecer homicida reconocido, maltratador físico y psicológico, consumidor de sustancias, probablemente con enfermedad mental, quien ha estado preso y le enseñó como ejercer conductas violentas. Madre permisiva y distante. El sujeto inició tempranamente el consumo de sustancias y conductas criminales como robo y lesiones personales. Tiene varias entradas a la cárcel previas a su primer homicidio. Permanece en contacto con delinquentes. Lo anterior sumado a un CI normal bajo hace que presente el sustrato ideal para realizar actos criminales. En su personalidad son notables los rasgos psicopáticos corroborados en la tabla II más que disociales como el aumento en su autoestima, su impulsividad, la falta de remordimiento, la no adaptación a las normas sociales a pesar de sufrir las consecuencias de esto como son los múltiples ingresos a cárceles, presenta además incapacidad para planificar el futuro, ausencia de empatía, deshumanización de su víctima, conducta sexual promiscua, extroversión mostrada en la entrevista realizada donde cantó una de sus 174 canciones compuestas por el mismo según afirmó.

En los tipos de homicida serial se clasifica como de lugar específico y hedonista, cuyo fin es obtener gratificación y/o aumentar su estatus personal como se puede ver por las

características de sus homicidios: “me declararon loco por la forma en que mataba a la gente.... Con un cuchillo hecho de platina les tiraba a la vejiga, ingle, corazón, yugular... yo les daba hasta que no se movieran. A uno le di 108 puñaladas, a otro 64 a otro 30”. También juega un rol importante en este caso la glorificación, como lo describe él mismo: “a mi me banderaban por la radio, televisión y prensa como el loco más peligroso de las cárceles”. No se halló que guarde “trofeos” como tal de su víctima, sin embargo, después de su primer homicidio se hizo un tatuaje en la frente para que lo protegiera. En la cárcel asesinó a once personas en total, y en el lapso de dos años que estuvo fuera de la cárcel a otra persona. Las medidas carcelarias no han sido efectivas para disminuir su peligrosidad. En el momento de la entrevista llevaba un poco más de un año en una entidad de salud mental privada sin muestras de agresividad ni de violencia, excepto un incidente no fatal. Durante la hospitalización recibió antipsicóticos y ansiolíticos creando dependencia. Si por alguna razón no recibe su dosis diaria solicita que “mejor me encierren porque siento unas ganas tremendas de matar”. Se muestra colaborador con las labores cotidianas de la institución. Sus relaciones interpersonales son superficiales y tiene tendencia al aislamiento. Niega relaciones homosexuales y no se le observa interés en relaciones heterosexuales.

No tiene habilidad ocupacional en particular, debido quizás a que la mayor parte de su vida ha pasado preso. Refiere que durante cortos periodos, intramuros ha desarrollado actividades de supervivencia como hacer mandados para otros presos, colaborar en actividades de limpieza y ocasionalmente laboraba en carpintería. Durante su hospitalización psiquiátrica realiza actividades ocupacionales de manera esporádica, mostrándose apático a las mismas. A pesar de esto, probablemente es el lugar en donde se ha mantenido por más tiempo libre de agresiones. Por lo cual se podría establecer que tal vez para este individuo ese sea el mejor tratamiento, o la mejor opción para proteger a la sociedad de su conducta violenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Geberth V, Turco R. “Antisocial Personality Disorder, Sexual Sadism, Malignant Narcissism, and Serial Murder.” *J Forensic Sci.* 1997; 42(1):49-60.
- Warren J, Hazelwood R, Dietz P. “The Sexual Sadistic Serial Killer”. *J Forensic Sci.* 1996; 41(6):970-974.
- Kraemer G, Lord W, Heilbrun K. “Comparing Single and Serial Homicide Offenses”. *Behav Sci Law.* 2004; 22:325-43.
- Mitchell EW. The aetiology of serial murder: towards an integrated model. Unpublished. M. Phil. thesis; University of Cambridge. 1997.
- Mouzos J. “Homicidal Encounters. A Study of Homicide in Australia 1989-1999”. Canberra: Australian Institute of Criminology, 2000.
- Tapias A. Asesinos Seriales: “Una Visión Psicológica y Criminológica”. www.psicologiajuridica.org. 2003.
- Benecke M, Rodríguez M, Luis Alfredo Garavito Cubillos: “Kriminalistische und juristische Aspekte einer Serientötung mit über 200 Opfern”. *Arch Kriminol.* 2002; 210:83-94.
- Scott J. “Serial homicide”. *Br Med J.* 1996; 312:2-3
- Nestor P, Kimble M, Berman I, Haycock J. “Psychosis, Psychopathy, and Homicide: A Preliminary Neuropsychological Inquiry”. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:138-140.
- Nestor P. Mental Disorder and Violence: “Personality Dimensions and Clinical Features”. *Am J Psychiatry.* 2002; 159:1973-1978.
- Stuart H. “Violence and mental illness: an overview”. *World Psychiatry.* 2003; 2(2):121-124.
- Simpson A, McKenna B, Moskowitz A, Skipworth J, Barry-Walsh J. “Myth and Reality: The Relationship between Mental Illness and Homicide in New Zealand”. Auckland: *Health Research Council of*

New Zealand, 2003.

- Frierson R, Finkenbine R. “Psychiatric and Neurological Characteristics of Murder Defendants Referred for Pretrial Evaluation”. *J Forensic Sci.* 2004; 49(3):1-6.
- Echeverry-Chabur J, Escobar-Córdoba F, Martínez JW, Garzón A, Gómez D. “Trastorno de personalidad antisocial en condenados por homicidio en Pereira Colombia”. *Inv Salud.* 2002; 4 (2):89-100.
- Tapias-Saldana AC, Medina-Rosas EY, Ruiz-González SE. “Factores Psicológicos Asociados al Trastorno de Personalidad Antisocial”. Disponible en Internet: www.psicologiajuridica.org. Consultada 08/11/2007
- Santiago de la Torre R. Psicopatía: “Una Realidad Preocupante”. Disponible en Internet: www.psicologiajuridica.org. Consultada 08/11/2007
- Gesch CB, Hammond S, Hampson S, Eves A, Crowder M. “Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behavior of young adult prisoners”. *Br J Psychiatry.* 2002; 181:22-28.
- Wobeser W, Datema J, Benoit Bechard B, Ford P. “Causes of death among people in custody in Ontario”. 1990-1999. *CMAJ.* 2002;167(10):1109-13
- Shaw J, Baker D, Hunt I, Moloney A, Appleby L. “Suicide by prisoners. National clinical survey”. *Br J Psychiatry.* 2004; 184: 263 - 267
- Fruehwald S, Matschnig T, Koenig F, Bauer P, Frottier P. “Suicide In Custody. Case-Control Study”. *Br J Psychiatry.* 2004; 185: 494- 498
- Pérez-Cárceles MD, Inigo C, Luna A, Osuna E. “Mortality in maximum security psychiatric hospital patients”. *Forensic Sci Int.* 2001;119(3):279-83
- Farrington DP. “Key results from the first forty years of the Cambridge Study in delinquent development”. In: Thornberry TP, Krohn MD, editors. “Taking Stock of Delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies”. New York: Kluwer/Plenum, in press, 2001.
- Folino JO, Hare RD. “Listado revisado para verificación de la psicopatía: su estandarización y validación en la Argentina”. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2005; 51(2):94-104.

FRANKLIN ESCOBAR – CÓRDOBA*

ÁNGELA ROCÍO ACERO – GONZÁLEZ**

JAHIR PEDREROS – VELÁSQUEZ***

*Profesor Asociado de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Magister en Psiquiatría Forense. Doctor en Medicina. Universidad Nacional de La Plata – Argentina.

**Médica. Residente de segundo año de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

***Ex-Psiquiatra Forense. Regional Bogotá. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Coordinador Operativo del Programa Distrital de Atención al Habitante de la Calle de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

Correspondencia a Prof. Dr. Franklin Escobar-Córdoba. Ciudad Universitaria, Edificio Facultad de Medicina - Oficina 202. Universidad Nacional de Colombia. Teléfonos 571 3165000 Ext. 15117 – 571 5342359. Fax 571 6129612. Móvil: 573 00 5589065. Bogotá D.C., Colombia. E-mail: feescobar@bt.unal.edu.co

Conflicto de interés nulo