

## ASESINOS MÚLTIPLES

Dra. Susana P. GARCÍA ROVERSI<sup>1</sup>

– “¿Es usted un demonio?–. – “Soy un hombre.  
Y por lo tanto tengo dentro de mí todos los demonios”.

G. K. CHESTERTON, escritor.

1. **INTRODUCCIÓN.** — El tema de los *asesinos múltiples* ejerce una fuerte atracción, tanto en el público en general como en los periodistas y los investigadores –policiales y/o judiciales–, con el fin de intentar comprender la conducta de estas personas y, de esta manera, poder acceder a la complejidad que se encuentra tras este tipo de criminales. Entonces se comienzan a utilizar definiciones y conceptos, de tinte policial o jurídico, como ser homicidio simple, calificado, múltiple, etc., por un lado, y psiquiátricos, por otro: psicosis, psicopatías, sociopatías, paranoias, entre otros. Es necesario realizar una división respecto de último enfoque psiquiátrico y el criminológico.

2. **ENFOQUE CRIMINOLÓGICO.** — En cuanto a este tema en particular, referido a la investigación y clasificación, para la realización de los dos primeros volúmenes de mi Colección *Sin Piedad*, he recurrido al *Crime Classification Manual*, el cual es el resultado de un proyecto de diez años, conducido por el *National Center for the Analysis of Violent Crime* –NCAVC– (“Centro Nacional para el Análisis del Crimen Violento”), bajo la órbita del *FBI* (*Federal Bureau of Investigation*, “Oficina Federal de Investigaciones”).

---

<sup>1</sup> Abogada (UBA). Profesora de Ciencias Sociales. Profesora de Inglés. Diplomada en Psiquiatría Forense para Abogados. Ex Asesora de Gabinete de la Secretaría de Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2005-2007). Ex Asistente Técnica contratada por la Universidad de Buenos Aires y asignada al Ministerio de Defensa de la Nación (marzo-julio 2009) en el área de la Dirección General de Planificación Industrial y Servicios para la Defensa. Autora de Colección “Sin Piedad”.

Generalmente, se lo describe como la “respuesta criminológica” al *DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, “Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Trastornos Mentales”, versión IV –vigente–, elaborado por la American Psychiatric Association)*.

El “Manual del FBI”, como usualmente se lo llama, fue editada por primera vez en 1992, y reeditada en 2006; muy pronto se convirtió en el texto más autorizado para la clasificación de crímenes violentos<sup>2</sup>. Asimismo, y también bajo la órbita del FBI, se creó también el *VICAP (The Violent Criminal Apprehension Program, “Programa de Aprehensión del Crimen Violento)*. Dicho programa mantiene una de las mayores bases de datos respecto de los crímenes violentos en los Estados Unidos. A dicha base se accede por una *intranet* (red privada de uso exclusivo para usuarios registrados del sistema) y en ella se recolecta todo tipo de información acerca de homicidios, asaltos sexuales, personas desaparecidas y otros crímenes violentos, incluyendo el hallazgo de restos humanos sin identificar. Estos datos entrecruzan toda la información, con el fin de identificar casos similares y prestar toda la colaboración necesaria para ayudar en las investigaciones locales. Es un programa de cooperación y coordinación entre las diversas fuerzas de la ley y les provee soporte en sus esfuerzos para aprehender y enjuiciar a los delincuentes en este tipo de crímenes, especialmente, aquellos que cruzan las fronteras de los estados para evadir el accionar policial.

Desde su creación en 1985, por el Departamento de Justicia, más de 4.000 diferentes agencias han ingresado al programa y, actualmente, poseen más de 82.000 casos en su base de datos.

---

<sup>2</sup> En 1994, el Manual fue premiado por la *International Association of Law Enforcement Intelligence Analysts* (“Asociación Internacional de Analistas de Inteligencia de las Fuerzas de la Ley”), debido a ser “la contribución más significativa” a la literatura destinada a este tipo de operación de Inteligencia. En varias ocasiones me referiré a este Manual, pues si bien posee algunas consideraciones difusas, ha sido de una enorme utilidad en los EE.UU. para el estudio y prevención de los asesinatos múltiples, especialmente los asesinos en serie, puesto que es en dicha obra donde se manifiestan las técnicas propias de la investigación: perfilación criminal, victimología, estudio de la escena del crimen, etc., como asimismo es utilizado para la debida investigación de todos los crímenes violentos, para lo cual también se ha creado un programa, el *VICAP*, referido en el texto. Asimismo ha sido un gran aporte a los fines de unificación de las diferentes tipologías, terminologías y técnicas de estudio y prevención.

Cerca de 2.700 investigadores y analistas se encuentran registrados como usuarios del sistema y todos forman una red de profesionales, en toda la nación, que colabora, diariamente, en el mantenimiento de la base de datos en forma actualizada.

Retomando nuestro tema principal de los asesinos múltiples, se pueden ver tres grandes categorías:

- 1) "asesinos de masas" (*mass murderers*)<sup>3</sup>;
- 2) "asesinos itinerantes" –también puede traducirse como "erráticos"– (*spree killers*), y
- 3) "asesinos en serie" (*serial killers*).

Dentro de las dos primeras citadas, se encuentran cuatro subcategorías bien definidas, a saber: 1) "asesinos de familias" (*family slaughters* o *family annihilators*); 2) "asesinos en lugares de trabajo" (*workplace killers*); 3) "asesinos en establecimientos educativos" (*school shooters*), y 4) "asesinos líderes de cultos" (*cult leaders killers*)<sup>4</sup>.

Como he dicho, estas cuatro subtipologías comparten el perfil criminal de los asesinos de masas y de los itinerantes, pero se distinguen en la elección de sus "objetivos". Asimismo, las tres primeras se encuentran ampliamente reconocidas, por profesionales de pertenecientes a varias ramas de las ciencias del comportamiento (psicólogos clínicos y/o sociales, psiquiatras, sociólogos, etc.), los analistas de riesgos (en el trabajo; a nivel escolar, etc.) y los criminalistas. Por mi parte, agrego, a los llamados "asesinos líderes de culto", los cuales han instigado y/o protagonizado asesinatos múltiples aberrantes.

---

<sup>3</sup> El "Manual de *FBI*" considera que estos asesinos se dividen en dos subcategorías: los de masas propiamente dichos y los asesinos de familia (p. 96) y no considera a otras, como ser los asesinos en lugares de trabajo, en establecimientos educativos o líderes de cultos; esta última ha sido agregada por mí, puesto que no figuran en el Manual, puesto que se los sitúa, indistintamente, dentro de los asesinos de masas o itinerantes. Asimismo, cabe destacar que hubo asesinos de familias en los cuales su perfil criminal se asimila mucho más al de los homicidas itinerantes que a los de masas, y así los he considerado; por ejemplo: Mateo Banks, George Banks, y Ronald Simmons (GARCÍA ROVERSI, Susana P., Colección "Sin Piedad", vol. 1, *Asesinos Múltiples 1*, Grupo Editorial HS, lanzamiento estimado para agosto 2011).

<sup>4</sup> Todos ellos se verán, en extenso, en la obra citada en la nota anterior.

Me ocuparé de todos y cada uno en particular. Es importante señalar que cuando el lector se encuentre con un determinado nombre resaltado, eso significa que su reseña particular se encuentra en ese volumen, o se llevará a cabo en las sucesivas entregas de la Colección, indicando en nota al pie a cuál nos referimos específicamente.

En el caso particular de los "asesinos itinerantes" o "erráticos", su denominación en inglés (*spree killers*), traducida literalmente refiere a "asesinos ráfaga" o "relámpago") e induce a confusión, ya que, lo que se tiene en cuenta para su denominación, según el "Manual del FBI", es el *traslado*, de un lugar a otro, ya sea en cortas, medianas o largas distancias, y esto puede ser llevado a cabo en largos períodos de tiempo como serían los casos de Charles Starkweather, Andrew Cunanan o Carlos Robledo Puch. Por mi parte, considero que el término utilizado (*spree*) no es el más adecuado, puesto que los asesinos de masas también realizan tiroteos o ataques en cuestión de minutos –es más, podríamos decir que son los más rápidos–, por lo tanto también se puede hablar de "ráfaga criminal". Por citar solo algunos ejemplos, Clarence Bertucci asesinó a 6 personas e hirió a 20 en un lapso de 15 segundos; George Jo Hennard, a 23 personas, en sólo 16 minutos o Coy Weesbrock, en 40 segundos, asesinó a cinco personas. Al ocuparme de ellos, también señalaré otros límites difusos entre ambas definiciones.

Los medios de comunicación han tenido –y tienen– un papel importante en esta problemática, tanto sean escritos como audiovisuales, en el momento de transmitir la información acerca de estos hechos criminales acaecidos. No es lo mismo un "asesino en serie" que uno "de masas" o "itinerante" y, si no se tiene una idea clara sobre este tema, es factible provocar una confusión en la opinión pública. Por ejemplo, muchos consideran a Charles Manson y a Adolfo de Jesús

Constanzo como asesinos “en serie”<sup>5</sup> y así figura en gran cantidad de bibliografía y artículos varios. De ninguna manera creo que esto sea correcto; otro error es considerar a Carlos Robledo Puch (argentino) también en dicha categoría (asesino “en serie”), pues tampoco cumple con los elementos necesarios para su determinación como tal<sup>6</sup>.

Ante una escena de crimen, la exhaustiva investigación comienza a manejar y utilizar estos términos característicos del asesino múltiple (en sus tres categorías), cuando se analizan aspectos tan importantes como el tipo de delito, el modo de actuar del criminal (*modus operandi*, usualmente denominado MO), su entorno y antecedentes, como así también, el tipo de víctima y su entorno (“victimología”), debido a que la forma de investigación que deberá desarrollarse será diferente en cada caso. Todo este conjunto, llevado a cabo por las fuerzas policiales, con la colaboración de las distintas ramas de la ciencia forense (médicos, psicólogos, psiquiatras, patólogos, licenciados en criminalística –rastros, bioquímicos, balística, etc.–), ofrecen un panorama para dilucidar, lo más claramente posible, los hechos criminales sucedidos, con distintas finalidades, según sea que el criminal haya sido capturado –información que se utilizará en su juzgamiento y condena posterior, de haberla–; haya sido abatido –con el fin de su eventual estudio y posterior elaboración de técnicas de prevención de estos eventos–o, en el caso de que el delincuente continúe con su conducta delictiva, como los asesinos seriales. En este último supuesto, se tiene como meta urgente establecer un perfil

---

<sup>5</sup> Ninguno de los asesinos líderes de sectas o cultos destructivos –salvo el caso de Jeffrey Lungren– asesinó “personalmente” a sus víctimas, sino que se rodeaban de “discípulos”, “acólitos” o “seguidores” que hacían lo que ellos ordenaban (Charles Manson, Jim Jones, Adolfo de Jesús Constanzo y Shoko Asahara)

<sup>6</sup> A **Carlos Robledo Puch** siempre se lo cataloga como “asesino en serie”, siendo su correcta calificación como “asesino itinerante”, pero con un agregado que lo transformaría en un “híbrido”, según el “Manual del FBI”: este homicida convicto asesinaba “para no dejar testigos” de sus robos y/u otros delitos, y no por motivo de “venganza o castigo”, llegando a ser un sociópata de extrema peligrosidad, salvo cuando en dicho Manual se hace la aclaración de que realizan “homicidios por conveniencia”. Pero el período durante el cual Robledo Puch realizó sus asesinatos es el más largo de todos los asesinos itinerantes más importantes, si dicha “notoriedad” tiene su base en la cantidad de víctimas. Pero, igualmente, otra diferencia aleja a **Robledo Puch** de los asesinos seriales: éstos “eligen”, por lo general, un determinado tipo de víctima (victimología) que, en su caso, no se cumple

criminal y, de esta manera, poder proceder a su captura, lo más rápido posible, pues este tipo de asesinos, en su gran mayoría, “no pueden dejar de matar” hasta que se los detiene, ya que poseen el impulso irrefrenable de hacerlo<sup>7</sup>.

Pero esto tiene muy poca importancia, en las tipologías de asesinos múltiples que nos ocupan ahora, cuando el perpetrador se suicida (lo que ocurre en la mayoría de los casos) o es abatido por la policía, ya que se “lleva con él” sus motivos o “justificaciones” por llamarlos de alguna manera. En estos casos, solo queda la investigación que brindará –a veces, en forma casi certera y otras tantas, de manera totalmente especulativa y difusa– las pautas sobre las cuales se llegó al lamentable suceso y, a partir de allí, trabajar sobre la prevención a futuro.

3. **EL ASESINATO MÚLTIPLE Y LOS TRASTORNOS MENTALES.** — a) **EL SÍNDROME “AMOK”. SU RELACIÓN CON LOS ASESINOS MÚLTIPLES<sup>8</sup>.** 1. **Definición y caracterización:** Según la Organización Mundial de la Salud, por síndrome *amok* se entiende a “un episodio aleatorio, aparentemente no provocado de un comportamiento asesino o destructor de los demás, seguido de amnesia y/o agotamiento. A menudo va acompañado de un viraje hacia un comportamiento auto-destructivo, es decir, de causarse lesiones o amputaciones llegándose hasta el suicidio”. La denominación proviene de la palabra malaya *meng-âmok*, que significa “atacar y matar con ira ciega”, pues fue allí donde fue observado este fenómeno por primera vez. De hecho, la Real Academia de la Lengua Española lo define como: “Entre los malayos, ataque de locura homicida”. La víctima, conocida como *pengamok*, de pronto, se aísla de su familia y amigos, y estalla en una furia asesina, atacando a la gente alrededor de él con cualquier arma disponible. No se detiene hasta que es sometido o asesinado; en el primer caso, a menudo cae en un sueño o estupor, y al despertar no posee recuerdo alguno de sus actos violentos.

<sup>7</sup> Esto será objeto de estudio profundo en el vol. 2 de la Colección “Sin Piedad”, *Asesinos Múltiples 2. Asesinos en serie*.

<sup>8</sup> Se excluyen los “asesinos seriales”.

Por lo general, se trata de hombres, entre un rango variable de edades entre 20 y 45 años.

En algunos contextos, su aparición se sigue limitando a ciertos espacios geográficos (Java e Indonesia, por ejemplo), incluso la *American Psychiatric Association* la clasifica como una de las "enfermedades ligadas a fenómenos culturales" y la vincula con casos como el *dhat* (propio de la India) y el *latah* (que aparece en el sudeste de Asia y en el Pacífico sur). Asimismo, se ha sido descrito, en otros contextos culturales, con denominaciones diferentes: *berserk*, en Escandinavia; *cafard* en Polinesia; *iich' aa* entre los indios navajos, por citar algunos.

Desde los años '30, el *amok*, raramente, ha ocurrido en Malasia y unos pocos casos contemporáneos se han dado en las áreas rurales, lejos de las influencias modernas. Pero este trastorno ha surgido más recientemente en Filipinas, Tailandia, Laos, y, hasta en la cultura occidental, principalmente en los Estados Unidos y algunos países de Europa (ver más adelante el caso particular de España).

La *American Psychiatric Association* comenzó a reconocer el *amok* y otros síndromes como provenientes de su cultura en la cuarta edición de su Manual *DSM-IV-*, añadiendo un apéndice sobre ellos, aunque el cuerpo principal de dicho manual está lleno de síndromes que sólo pueden tener lugar en Occidente.

El siguiente caso ilustra el comportamiento violento típico reportado en episodios *amok* en las tribus malayas: en 1846, en la provincia de Penang, Malasia, un respetable anciano malayo, de repente, disparó y mató a tres aldeanos e hirió a otros diez. Fue capturado y llevado a juicio; las pruebas revelaron que había perdido súbitamente a su esposa y su único hijo, y luego de ello se convirtió en un ser mentalmente perturbado.

En 1901, en la provincia de Phang, también en Malasia, un hombre musulmán de 23 años de edad, miembro de la policía, robó una espada malaya y atacó a cinco personas mientras dormían o fumaban opio. Asesinó a tres –casi decapitando a una víctima– e hirió gravemente a los otros dos.

Las descripciones contemporáneas de homicidios múltiples son extremadamente similares con los informes de casos de *amok*. En la mayoría de los eventos contemporáneos, los asesinatos son repentinos (o, al menos, así parecen, ya que *siempre* existen “signos de advertencia” anteriores, ignorados o “pasados por alto”); aparentemente, no provocados (pero *sí siempre* hay un “detonador”) y cometidos por individuos con antecedentes de enfermedad mental o su falta de detección; tratamientos inadecuados o inexistentes; sistemas de salud burocráticos y displicentes, entre otros factores modernos.

Los medios de comunicación, los testigos y los informes de la policía describen a los agresores como personas extrañas o enojadas, lo que sugiere una psicosis, una patología de la personalidad, un trastorno paranoide, o sufriendo de una pérdida aguda (despidos, desengaños, muertes de seres queridos, etc.), lo que, en este último supuesto, indicaría un posible trastorno depresivo. El número de víctimas en los episodios modernos es similar al número de víctimas del *amok*, a pesar del hecho de que se utilizan armas de fuego en contraste con las espadas malayas de hace dos siglos, lo cual tampoco se da en todos los casos, ya que también, actualmente, algunos atacantes utilizan armas blancas, principalmente, los orientales, o instrumentos contundentes, como martillos, mazas, herramientas, etc., como veremos en las reseñas de los próximos capítulos.

El resultado para el atacante también es análogo, siendo la muerte, el suicidio, y con menos frecuencia, la aprehensión. Me atrevo a decir que, en este último caso, en la actualidad, los que son capturados no fueron víctimas de un ataque



“repentino”, proveniente de un trastorno psicótico, sino que son psicópatas, fríos y calculadores que intentan evadir su detención y se circunscriben a un núcleo determinado de personas (caso típico de los *asesinos de familia*).

Desde una perspectiva moderna, el *amok* no debe ser considerado un síndrome ligado a la cultura, ya que ésta es el único papel que desempeña se encuentra en cómo se manifiesta el comportamiento violento. La conducta de un individuo está influenciada por el medio ambiente y la cultura, incluso en situaciones en las que esas acciones son el producto de una enfermedad mental. Por lo tanto, el comportamiento observado en el *amok*, hace 200 años, en las tribus primitivas será necesariamente distinto del observado en los casos contemporáneos. La caracterización del comportamiento violento del *amok* como producto de otra enfermedad mental lo despega de sus lazos culturales y lo asimila con el observado en los casos contemporáneos.

Entonces, el síndrome *amok* ya no debe ser considerado ligado a la cultura arcaica. Un enfoque más útil y moderno es que representa una forma extrema de los comportamientos violentos que ocurren como resultado de un trastorno mental, patología de la personalidad y los factores de estrés psicosocial o emocional. El reconocimiento precoz de los factores de riesgo y el tratamiento oportuno de la enfermedad de base psiquiátrica o trastorno de la personalidad ofrecen la mejor oportunidad de su prevención. Por último, la conceptualización de la violencia masiva del *amok* como la manifestación de otro trastorno mental, proporciona un marco en el que pueden ser analizados los sucesos, pasados o futuros, de la violencia en los asesinatos múltiples.

La Criminología caracteriza muchos asesinatos masivos o itinerantes como productos del *amok*, lo cual no creo que sea lo más acertado. Veremos que, gran parte de todos los episodios de asesinatos múltiples, fueron llevados a cabo por

personas con enfermedades o trastornos mentales, o por una venganza “anunciada” pero, de ninguna manera, se puede generalizar sobre la base de estas dos motivaciones. Se han dado casos de asesinatos que exceden, en sobremanera, cualquier tipo de especulación motivacional y, quizás, estos hayan sido los peores en cuanto a su crueldad, sinrazón y sangre fría (John List, Francisca Ballesteros, James Ruppert, George Hasell, por nombrar algunos).

En la actualidad, los autores de este tipo de ataques los anuncian, en forma directa o algo críptica, en Internet. Un ejemplo de ello –por citar alguno– es el japonés Tomohiro Kâtō, de 25 años, detenido por atropellar a transeúntes con un camión, en el centro de Tokio, acuchillar a siete personas y herir a otras 19. Katō había avisado lo que se proponía hacer en varios mensajes (*posts*) en una página web y lo reiteró al ser detenido por la policía. En otros casos, tras el ataque, la persona queda exhausta, a veces con una amnesia completa y, eventualmente, acaba suicidándose. Pero, precisamente, aquí no existió el elemento característico de “ataque súbito”: planeó el ataque, vendió sus pertenencias para realizarlo, alquiló un camión que estrelló contra los transeúntes, borró todos sus contactos en su teléfono celular y los ya mencionados avisos anteriores. En otros casos, hay un historial de cartas, amenazas escritas o verbales, la comunicación directa de sus “ganas de asesinar personas”, etcétera. Aquí, definitivamente, no hay *amok*.

En su momento, este síndrome interesó especialmente a la psiquiatría transcultural y sus comparaciones con cuadros clínicos de diferentes culturas, juntamente con el debate sobre la universalidad de dichos cuadros. En estos tiempos, lamentablemente, estos sucesos ocurren en todo el mundo, no limitándose el espacio geográfico y, lamentablemente, con mucha más asiduidad.

II. **España: un caso interesante:** En este país europeo se da una particularidad especial acerca del llamado síndrome

*amok*, pues encontramos varios casos (algunos reseñados en el vol. 1 de la Colección), pero circunscriptos al área rural española. Estas zonas estuvieron –y algunas lo están aún– en un estado de abandono durante décadas, lo que incluye un alto índice de analfabetismo y, asimismo, poseen una población ínfima (hay aldeas que no llegan a los 60 habitantes) y casi en su totalidad anciana, ya que los jóvenes han emigrado hacia zonas más prósperas de la península, con el fin de estudiar y acceder a un futuro mejor. A esto debe sumarse que los poblados, aldeas o pedanías se encuentran muy distantes de los centros urbanos, los cuales, a su vez, también son bastante pequeños. Otro factor más a sumar es que, siendo poca la cantidad de habitantes, las familias se encuentran altamente emparentadas, lo cual podría ser un índice para tener en cuenta, de alguna manera, la importante cantidad de personas con su estado mental alterado. Como ejemplo, podemos citar el caso de los hermanos Emilio y Antonio Izquierdo: seis hermanos, de los cuales tres terminaron sus días en instituciones psiquiátricas y dos con prisión por más de 300 años cada uno; sólo se “salvó” la única hermana que se casó y se fue del pueblo.

También se nota como factor común el tema de “las tierras” (ganado, cultivos, árboles, etc.) y los conflictos que se derivan por este motivo –casos Ares, Fernández Vázquez, Iglesias y los citados hermanos Izquierdo–, por citar los más importantes. Pero veamos, un poco más en extenso, una cronología de los casos que podrían asimilarse al síndrome *amok*, en las zonas rurales españolas:

- 19/11/85, en el municipio de Pol, Lugo, Marcelino Ares mató a cuatro hombres que estaban talando unos árboles, que consideraba suyos.
- 1º/6/87, Paulino Sánchez, de 39 años, mata a tiros a Avelino García Izquierdo y a sus dos hijos en la localidad de La Hoya, Salamanca. El móvil de los hechos fue la utilización por el ganado del homicida de los pastos de sus víctimas, colindantes con los suyos.

- 8/3/89, el labrador Paulino Fernández mató a cuchilladas a seis personas y dos más fallecieron a consecuencia de las heridas; el atacante se suicidó.
- 27/8/90 en Puerto Hurraco, Badajoz, Emilio y Antonio Izquierdo dispararon contra los vecinos. Siete personas resultaron muertas y ocho heridas.
- 21/11/90, en Zorita, Cáceres, Dionisio González Cerezo mató a hachazos a su mujer y a tres de sus hijos y, luego, se suicidó.
- 9/6/96, Jesús Iglesias, de 41 años, un agricultor de carácter arisco y callado, con licencia de armas, mata a tiros a tres personas: dos jubilados y una joven de 22 años, que participaban en la procesión de *Corpus Christi*, en Herreros de Rueda, León. Después de casi dos horas de terror, con el resultado de otra víctima, un guardia civil, y otro agente herido, el homicida fue abatido por la policía.
- 23/6/98, un hombre de 70 años, Vicente Carnero Herrero, mata al panadero de la localidad de Pereruela, Zamora, con una escopeta, a dos hermanas con una azada, y se mata al arrojarle a un pozo de esta población tras sufrir, en forma aparente, un ataque de locura.

A raíz de lo ocurrido en la provincia de León, respecto del accionar criminal de **Jesús Iglesias**, la periodista Flora Sáez, en un excelente artículo para el diario "El Mundo", dice textualmente: "España es un país de escopeteros. Algo más de dos millones de licencias se reparten casi tres millones de armas en manos privadas, escopetas en su mayoría. Aunque en las grandes urbes es difícil toparse con ellas, en algunas zonas rurales no hay familia que no cuente con alguna. Se regulan por una ley estricta pero con pies de barro: detecta mal a quien no debe tenerlas"<sup>9</sup>.

Si a esta reflexión le sumamos todo lo expresado anteriormente, obtendremos, seguramente, un cóctel explosivo.

---

<sup>9</sup> SAEZ, Flora, *La España armada*, para "El Mundo", España, 16/5/96, Secc. "Crónica".

b) **LA RELACIÓN ACTUAL ENTRE LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL ASESINATO MÚLTIPLE.** Tiroteos en una escuela de Colorado o de la provincia de Buenos Aires; en una oficina postal de Oklahoma; en una sucursal de una firma multinacional en Honolulu; en un restaurante en San Diego o en Bogotá; ataques con armas blancas en un centro comercial en Tokio o en el centro de Madrid, y el mundo es testigo de otro súbito y “aparente” relámpago violento homicida. Usualmente, los periodistas llegan antes que las ambulancias, y en algunos casos, antes que la propia policía, y comienzan con su trabajo, de entrevistas a vecinos, amigos o familiares del asesino, sus amigos o familiares, e, invariablemente, ellos dicen algo así como: “Él/ella sólo colapsó”.

Pero esta “razón” no puede tomarse en una forma tan simplista: este tipo de asesinos no “colapsan”. La mayoría de estos asesinos se había ido deteriorando, en forma lenta, tanto mental como emocionalmente. Asimismo, en un alto índice, dejaban un “mapa” con serias señales de advertencia; pasaron meses para planificar sus ataques; acumularon o consiguieron armas fácilmente; expusieron –a sus compañeros de trabajo, de escuela, o a su familia misma-, sus planes sangrientos. Y lo más lamentable: muchos mostraron signos de trastornos severos en su salud mental, habían sido tratados psiquiátricamente, pero en forma negligente, inapropiada, y hasta medicados en forma equivocada.

No obstante, a medida que se avanza en la investigación, caso tras caso, “aparecían” los olvidados, perdidos o ignorados signos de advertencia: por un displicente y burocrático sistema de atención de salud mental; por familias incapaces de enfrentar los serios problemas mentales en su seno (ya sea por ignorancia, negación o imposibilidad real a raíz de la violencia y/o negación del propio enfermo); por empleados, docentes y directores o encargados, quienes fallan al no tomar seriamente las amenazas, y hasta por la policía que, cuando era alertada por familiares, vecinos o

amigos temerosos, resultaron incapaces de intervenir antes de que erupcionara, en forma mortal, la violencia.

En el 34 % de los casos estudiados, sin embargo, las familias, los amigos o los compañeros de los asesinos, desesperadamente, trataron de buscar algún tipo de ayuda para una persona que parecía ser una "bomba de tiempo", pero, en forma invariable, sus reclamos eran minimizados por la policía, los administradores de establecimientos de enseñanza o las empresas en las cuales prestaban servicios. El sistema de salud mental tampoco funcionó como hubiera debido hacerlo, por las razones que más adelante veremos. También hubo casos en que los propios enfermos buscaron ayuda y también fueron ignorados o tratados en forma negligente o inapropiada (James Huberty, Sylvia Seegrist, por nombrar algunos). Y, en honor a la verdad, otros fueron tratados en forma apropiada, gastando el estado cientos de miles de dólares en sus tratamientos, pero tampoco pudieron detener esta furia homicida (Robert Hawkins).

Es importante señalar, a esta altura, que si bien en los Estados Unidos ocurrieron la mayoría de estos casos, en el resto de los países no se han realizado investigaciones de este tipo, aunque se han tomado algunas medidas preventivas, en casos específicos (como Alemania, respecto de los ataques a establecimientos de enseñanza, o Suiza, respecto de los edificios gubernamentales). En España, se ha llevado a cabo un cambio en la legislación penal, por el cual, aunque un condenado, estando sano mentalmente, reciba 84 años de prisión (como el caso de Francisca Ballesteros), solo cumple 25 años de prisión efectiva y luego quedan el libertad condicional o, como el caso de la Dra. De Mingo, quien fue confinada a un máximo de 25 años de internación, ya que si bien fue considerada como culpable, se la consideró insana (esquizofrenia paranoide) y luego quedará bajo custodia de sus padres, con los consiguientes problemas que esto puede acarrear, pues este tipo de enfermedad mental es muy grave y muy difícil de controlar por parte de la familia.

Peor aún fue el cambio respecto del régimen penal juvenil, ya que siendo menores de 18 años no cumplen condenas efectivas por más de 12 años, aún en caso de ser considerados insanos (José Rabadán, que se encuentra actualmente en libertad).

Sobre la base de la información recolectada, se puede hacer una aproximación acerca de la cual, en el 63 % de los casos, los asesinos habían realizado amenazas de violencia sobre otras personas "por adelantado"; un 55 %, regularmente, tenían explosiones de furia o frustración, y un 35 % poseía un historial de comportamiento extraño y violento (Jennifer San Marco, Byran Uyesugi, William Douglas). Asimismo, notaron, en forma importante, que en los círculos donde los asesinos se manejaban, eran conocidos por apodos similares: *Crazy Pat* (Patrick Sherrill), *Crazy Joe*, *Crazy John*, *Crazy Kreutzer* (William Kreutzer Jr.) –*crazy: loco*–, como así también que en el 40 % de estos casos, los miembros de la familia y otros allegados dijeron que habían notado un cambio súbito en la conducta de estos sujetos, en el período anterior al ataque.

En el extenso informe, el profesor G. Dewey Cornell, un psicólogo clínico en la Universidad de Virginia y director del Proyecto de Violencia Juvenil de dicho estado, que estudia la seguridad escolar y prevención de la violencia declaró: "Cuanto más uno se adentra en cada caso, todo adquiere mayor sentido (...). Esta idea de que alguien «sólo colapsa» está basada en la ignorancia y la negación (...). La gente no «sólo colapsa» en un instante. Las presiones se acumulan".

Muchos psicólogos y psiquiatras advierten que es imposible predecir el comportamiento violento, y que la mayoría de las personas que amenazan con la violencia no la llevan a cabo. A menudo, solo en retrospectiva, la vida de estos asesinos parece ser coherente pero, en forma escalofriante, van apareciendo los signos del peligro subyacente. Mirar hacia atrás es muy fácil, pero ¿cómo podría la gente saber que esa persona resultaría ser un asesino múltiple?

En particular, ¿cómo pudieron los trabajadores de la salud mental, e incluso la policía, haber pasado por alto las señales de advertencia?

En muchos casos, no había persona alguna, en la vida del asesino potencial, que pudiera reunir todas las pistas letales. Colegas, amigos, familiares, profesionales de salud mental, profesores y la policía pueden tener, de forma independiente, indicios algo inquietantes, pero no existe comunicación entre ellos. Los vecinos o compañeros de trabajo asustados deciden, por lo general, que es más seguro mantenerse a distancia; los amigos se ríen cuando el potencial homicida habla de sus planes, pues no lo toman en serio; los padres asumen una actitud de negación; no saben a dónde acudir o, simplemente, esperan que esta furia irracional no sea más que "una etapa".

"Es como mirar el cielo de la noche", dijo Robert Granacher Jr., psiquiatra en Lexington, Kentucky, que ha examinado los registros de varios de este tipo de asesinos. "Si sólo se mira una o dos estrellas, no se puede ver toda la constelación. Es lo mismo con esta información fragmentada; nadie tiene el cuadro completo", por lo tanto crece la vulnerabilidad de la sociedad ante este tipo de ataques.

Finalmente, la revisión de estos casos sugiere que si la gente entendiera más sobre las enfermedades mentales y conectara las pistas, muchos de estos asesinatos se hubieran podido evitar.

Charles Whitman, el francotirador que disparó a 45 personas, matando a 14 e hiriendo a otras 32, desde lo alto de la torre en el *campus* de la Universidad de Texas en Austin en 1966, le había dicho a un psiquiatra de la universidad, cuatro meses antes del ataque, que había estado pensando en ir *"hasta en la torre con su rifle para matar ciervos y comenzar a disparar a la gente"*.



Andrew Wurst, de 14 años, mostró a un grupo de amigos una pistola que su padre tenía escondida en un cajón de la cómoda, y les dijo que planeaba utilizar nueve granadas para matar a nueve personas que odiaba, y luego se suicidaría. En 1998, comenzó a disparar en su fiesta de graduación de octavo grado, matando a un maestro muy querido por los estudiantes e hiriendo a otras tres personas.

Sylvia Seegrist ingresó y egresó de instituciones para enfermos mentales 12 veces en 10 años, mientras sus padres buscaban un programa tipo residencial donde ella pudiera estar bajo tratamiento continuo. Ellos sabían que era peligrosa: había herido con un cuchillo a una psicóloga; había intentado estrangular a su madre y tenía un arma escondida en su apartamento. Pero siempre era dada de alta, una vez que se la medicaba, se encontraba "estable" y "parecía haber mejorado" (sufría de esquizofrenia paranoide, la más grave de todas las enfermedades mentales). Sus crímenes fueron la culminación de diez años de crecimiento de psicosis, delirios agobiantes y ataques violentos contra todas las personas que trataron de ayudarla.

Gran parte de este tipo de asesinos múltiples sufre –o sufrían– de graves psicosis; la gente que los rodeaba los notaba enfermos y necesitados de ayuda, además de que los tratamientos que recibían, habían resultado insuficientes, y hasta incoherentes (prescribir un antidepresivo a un psicótico, por ejemplo) por parte de un sistema de salud mental que se mostró incapaz de ayudar a estos pacientes particularmente difíciles. Muchos defensores del actual sistema argumentan que solo un pequeño porcentaje de los enfermos mentales son violentos, y se niegan a aceptar cualquier vínculo entre la enfermedad mental y la violencia, con la preocupación de estigmatizar aún más a una población maltratada.

"Cuanto más malos son, su sensibilidad es menor en el ataque violento en sí", dijo Anthony G. Hempel, psiquiatra jefe de forenses en el *campus* del hospital del norte de Texas en

Vernon. Este profesional, que ha estudiado a varios asesinos de masas, dijo que, "a diferencia de los asesinos en lugares de trabajo [literalmente, dijo *going postal*, Patrick Sherrill], cuando alguien mata a extraños o a niños, las probabilidades de que sean enfermos mentales son más altas".

Este tipo de asesino enfermo mental es extremadamente difícil de tratar, dicen los psiquiatras. Ellos niegan su enfermedad, se resisten a los medicamentos y al tratamiento y, a menudo, son muy perspicaces para enmascarar los síntomas y, con ello, evitar ser hospitalizados en contra de su voluntad, lo cual es una condición ineludible en el sistema de salud mental de los Estados Unidos y muchos otros países. Incluso aquellos que reciben tratamiento psiquiátrico no siempre reciben la ayuda que necesitan (De Mingo y Jennifer San Marco).

En la cobertura de noticias del año 1999, Dung Trinh fue descrito como muy afligido por la muerte de su madre, y en el mes de septiembre fue y disparó contra las enfermeras en un hospital en Anaheim, California, donde una vez su madre había sido tratada.

A veces la "razón" o el "motivo", por llamarlos de alguna manera, pueden ser el quiebre de un matrimonio o romance; rechazos amorosos; reveses económicos o problemas familiares, laborales y, ahora podemos, lamentablemente, agregar, escolares (maltrato, abuso, displicencia de las autoridades, entre algunas causas que se pueden adelantar).

*"Soy un hijo terrible. Ojalá hubiera sido abortado. Destruyo todo lo que toco. No puedo comer. No puedo dormir. Yo no los merezco. Eran personas maravillosas. No es su culpa o de cualquier persona, organización o programa de televisión. Mi cabeza no funciona bien. Dios maldiga a estas voces dentro de mi cabeza"* (extracto de la nota que dejó Kipland Kinkel en la mesa del desayuno de su casa, después de matar a sus padres).

Mark Barton, en Atlanta, inició un tiroteo en las oficinas de unos agentes de bolsa, debido a que había sufrido enormes pérdidas en el mercado. Estos son los tipos de eventos que suelen dar lugar a la observación: "Él tan sólo explotó".

Pero el incidente, a menudo simplista, citado como la causa – divorcios, desalojos, problemas económicos, etc.–, en un examen más detenido, es solamente la provocación final a una persona con problemas, enojado, que ya ha dejado numerosos signos de alerta, disponibles para aquellos que los quieran ver.

Cuando abrió fuego en las oficinas de estas agencias financieras, un día comercial normal, Barton ya había tenido problemas anteriores mucho más profundos que sus pérdidas económicas recientes. Un día antes, había matado a su segunda esposa y, ocho horas antes, a sus hijos, además de que continuaba siendo el principal sospechoso de la muerte de su primera esposa y su suegra, seis años atrás.

Colin Ferguson, que abrió fuego contra los pasajeros en el *Long Island Rail Road* (tren de Long Island), en la hora pico, había mostrado una conducta amenazadora, por la que recibió una notificación de desalojo, lo que alimentó aún más su furia.

En el estudio realizado, la mayoría de los asesinos en lugares de trabajo habían sido despedidos o sancionados, a veces por amenazas de violencia, otras por conductas extrañas o por involucrarse en peleas. De los 81 asesinos de adultos, la investigación marcó que 49 estaban desempleados.

Un sargento agitado, William Kreutzer llamó por teléfono a un amigo en su equipo en Fort Bragg, Carolina del Norte, dijo que el tiroteo iba a comenzar a la mañana siguiente al amanecer, justo cuando 1.300 soldados se encontraban en un campo de precalentamiento previo, al entrenamiento

diario. "Me dijo que los iba a «acribillar»", dijo su amigo, Burl F. Mays. Resumiendo, la mañana del 27/10/95, el sargento Kreutzer se escondió en el bosque y disparó hacia un campo de soldados estadounidenses que estaban entrenando. Hirió a 18 de ellos y mató al mayor Stephen Mark Badger, un oficial de inteligencia, padre de ocho hijos.

La cuestión real es si los profesionales dedicados a la salud mental, específicamente, estaban en condiciones de "predecir" quién podría ser peligroso o no, y se iniciaron estudios para determinar esta circunstancia. La consideración clave sobre lo que debía o no hacer un profesional pronto se convirtió en una feroz lucha entre el derecho del Estado frente a los derechos del individuo.

Como ejemplo, la prensa señaló el caso de Michael Laudor, un hombre con esquizofrenia que pudo sobreponerse a los efectos debilitadores de su enfermedad y graduarse en la escuela de leyes. Se lo convirtió en un héroe para aquellos que defendían los derechos de los enfermos mentales, pero cuando sus drogas comenzaron a ser menos efectivas, además de que sufrió algunos eventos estresantes, se "desbarrancó" y apuñaló a su novia hasta matarla. ¿Hubiera alguien podido predecir esto?

La *American Psychiatric Association* ha protestado por la falta de fiabilidad del testimonio que pretende estar capacitado para predecir el riesgo. Afortunadamente, la evaluación del riesgo de ataque por enfermos mentales está mejorando con nuevas investigaciones, y las predicciones ahora utilizan tanto el juicio clínico como los datos estadísticos. Las mejores predicciones de dicho riesgo, sin embargo, son las que se realizan a corto plazo más que las elaboradas a largo plazo.

En la década de los '80, se llevó a cabo una serie de estudios para desarrollar instrumentos que permitieran mejorar el porcentaje de determinación correcta de peligrosidad y, en

vez de centrarse en esta última en sí misma, insistieron en lo que ellos llamaron “factores de riesgo”.

La idea de “peligrosidad” ha sido un tema central en el campo de salud mental durante muchos años, sin embargo, el establecimiento de un sistema de datos para intentar el logro de predicciones, más o menos exactas, ha sido extremadamente difícil. Los problemas incluyen la propia definición legal de insania mental, la difusa bibliografía de investigación, los prejuicios personales que se deslizan en las decisiones, y el temor que tienen los profesionales de ver involucrada su responsabilidad, tanto profesional como financiera.

En resumidas cuentas: la discusión se “corrió” del individuo y la sociedad que deben ser protegidos por el Estado, hacia definiciones legales, prejuicios personales y temores profesionales. Lamentablemente, como ya dije, estos “errores de apreciación” oportunos, se pagan muy caro con posterioridad.

Un caso de 1981, “Estelle vs. Smith”, había indicado una necesidad real y urgente de cambio en las normas, más porque se trataba de un caso de pena de muerte en Texas. Sobre la base de un breve examen del estado mental, el psiquiatra del estado testificó que el acusado, Smith, era un sociópata “severo”. Asimismo, basándose más o menos intuitivamente en la aparente falta de remordimiento del hombre por ser cómplice en un asesinato (no era el asesino), el médico declaró que Smith, ciertamente, “podría llegar a cometer otros delitos”. La evaluación psiquiátrica fue pésima y atrajo numerosas protestas, por parte de la comunidad de salud mental, acerca de que era “inmoral y no representativa” de la evaluación del acusado.

A pesar de las protestas de los grupos que apoyaban los derechos de los enfermos mentales, por el “estereotipo del delincuente esquizofrénico”, de hecho, en estudios recientes,

existe una moderada asociación entre el diagnóstico actual de síntomas activos de una gran psicosis –especialmente aquellos con delirios paranoides o pobre control del pensamiento– y la violencia hacia la comunidad, y, desgraciadamente, este riesgo aumenta con el eventual abuso de estupefacientes; la deficiente diagnosis y, por consiguiente la errónea medicación; la negación por parte del paciente de su enfermedad; la consiguiente negativa a ser medicado u hospitalizado, y la incapacidad real de su entorno familiar para poder controlarlo.

4. **¿ASESINOS DE MASAS O ASESINOS ITINERANTES?**— H. Paul Jeffers<sup>10</sup>, el cual trata acerca de la clasificación que realiza el *FBI* de los asesinos múltiples (de masas, itinerantes y seriales), dice que, antes de los homicidios itinerantes de Howard Unruh, los asesinatos masivos eran poco frecuentes. Sin embargo, en el documental *American Justice*, se manifestó que los asesinos de masas han estado en la cima de la “popularidad” en las últimas tres décadas, y, en los EE.UU., llegan a un promedio de dos al mes. Doscientas personas al año se convierten en víctimas, y siete de los diez peores casos de la historia estadounidense han ocurrido desde 1980. Gran cantidad de expertos ven, en estas cifras, un signo del quiebre de los controles sociales.

Por su parte, el criminólogo James Fox<sup>11</sup> argumenta que la disponibilidad de armas ha tenido influencia directa en el incremento de los asesinatos masivos; ellos pretenden que todo sea “rápido y fácil”.

El período de tiempo que le insume a un asesino de masas puede ser minutos, horas o días, además de que algunos de ellos poseen desórdenes mentales y sus problemas se incrementan hasta un punto en el que sienten la necesidad

---

<sup>10</sup> JEFFERS, H. Paul, *Who Killed Precious?* (“¿Quién asesina mejor?”), St. Martin’s Mass Market Paper, 1992.

<sup>11</sup> FOX, James A. & LEVIN, Jack, *Extreme Killing: Understanding Serial and Mass Murder* (“Asesinatos extremos: entendiendo los asesinatos seriales y de masas”), Sage Publ., California, EE.UU., 2005

actuar en forma agresiva. Charles Whitman y James Huberty constituyen ejemplos típicos.

Mientras el *Manual del FBI* estima que Unruh, al moverse hacia diferentes lugares, su accionar no estaría comprendido dentro de la categoría de "asesino de masas", otros criminólogos manifiestan su desacuerdo. Argumentan que su *raid* criminal fue uno de los más cortos, refiriéndose al tiempo insumido; que se llevó a cabo en un vecindario, y que el asesino no viajó, como lo hacen los "asesinos itinerantes", tales como Andrew Cunanan, Charles Starkweather o Derrick Bird.

Entonces, es por ello que se manifestado una clara controversia con esta clasificación, además de que el "Manual" citado no ha sido universalmente adoptado, tal como lo fuera, en Psiquiatría, el *DSM*, ya citado. Por lo expuesto, la manera exacta de cómo clasificar a Unruh sigue siendo confusa. Como antes manifestara, el caso de Robledo Puch también presenta algunas dificultades en su clasificación.

Entiendo que la clasificación, en sí, es difusa y los límites se están desdibujando con la aparición de subtipos (asesinos de familia, de lugares de trabajo y de establecimientos educacionales), en los cuales se entremezclan las características tanto de los asesinos de masas como de los itinerantes.

Mirando desde otro ángulo, no todos los asesinos itinerantes "viajan" de un lugar a otro, sino que pueden llevar a cabo su accionar criminal, caminando por las calles o desplazándose en automóvil, de una localidad a otra, dentro de las cercanías, como fueron, por ejemplo, los casos de Michael Ryan, Martin Bryant o Woo Bum-kon (quien llevara a cabo el peor asesinato múltiple en la historia del mundo).