

El controvertido informe del Dr. Lafora sobre Gregorio (Goyo) Cárdenas, “el estrangulador de Tacuba”

J. J. Zarranz Imirizaldu

Catedrático Emérito, Departamento de Neurociencias. Universidad del País Vasco, Instituto de Investigación BIOCUCES, Barakaldo, España.

RESUMEN

Introducción. El Dr. Gonzalo R. Lafora, neurólogo, psiquiatra y neuropatólogo español de prestigio internacional, se exilió a México en 1938, a causa de la Guerra Civil española. Fue recibido con todos los honores, se le proporcionó una licencia especial para ejercer la medicina y también fue docente en varias instituciones. En el verano de 1942 un tal Gregorio Cárdenas asesinó y violó a cuatro mujeres. El autor fue detenido y sometido a numerosos dictámenes psiquiátricos con diagnósticos dispares.

Material y métodos. El Dr. Lafora llevó a cabo un estudio de Cárdenas, tras el cual concluyó que padecía una “epilepsia psíquica” y que los crímenes habían sido cometidos durante estados crepusculares epilépticos, por lo que era inimputable. Se ha obtenido y revisado el estudio de Lafora, que fue publicado en una revista especializada en criminología (*Criminalia*) y en la prensa ordinaria (*Excelsior*).

Resultados. El diagnóstico de Lafora se basó en las ideas doctrinarias de su tiempo sobre las epilepsias. Le valió una seria controversia con la familia del supuesto asesino y con la comunidad de psiquiatras mexicanos por una supuesta violación del secreto profesional y por las discrepancias en el diagnóstico y en la imputabilidad del acusado.

Discusión. El objetivo del presente trabajo es revisar las bases históricas en las que el Dr. Lafora basó su diagnóstico de epilepsia psíquica, un concepto abandonado en la moderna epileptología, que ha desaparecido de los textos de neurología pero que todavía se mantiene en los de psiquiatría, psiquiatría forense y en el código penal español.

PALABRAS CLAVE

Criminalidad, epilepsia, epilepsia larvada, epilepsia psíquica, equivalentes epilépticos, Gregorio Cárdenas, Lafora, violencia

When a murder has been committed without apparent motive and the reason of it seems inexplicable, it may chance that the perpetrator is found on inquiry to be afflicted with epilepsy.

H. Maudsley (1835-1918)

Introducción

El Dr. Gonzalo R. Lafora —casi nunca utilizó el apellido Rodríguez del padre— fue un gran neurólogo, psiquiatra y neuropatólogo español de prestigio internacional,

sobre todo por su descripción original de los cuerpos de inclusión amiláceos intraneuronales, que llevan su nombre, en la epilepsia mioclónica. Su biografía ha sido motivo de dos monografías extensas^{1,2} y de otros muchos artículos³⁻⁸. En las dos monografías^{1,2} y en el excelente artículo de Balcells⁸, sólo se comenta de pasada la intervención de Lafora en el caso Cárdenas.

Republicano y de ideas políticas de izquierda, se exilió a México con motivo de la Guerra Civil española de 1936-1939. Fue recibido con todos los honores, se le

Goyo Cárdenas: el estrangulador de Tacuba

Por ENRIQUE GUARNER
Columnista

(Primera parte)

El 8 de septiembre de 1942 la prensa nacional fue sacudida por la macabra situación que había sido descubierta en el jardín de una casa situada en

mediato que rara vez aparecen sentimientos frente a los actos realizados, aunque el criminal señala a veces: "mi mal proceder", o bien, "asistí a la iglesia para reconfortarme espiritualmente". Lo que predomina en el relato de Gregorio Cárdenas son las frases rebuscadas y cierta pedantería.

De acuerdo a su declaración la

Una vez realizado el asesinato dice que se encontró con un cadáver del que debía disponer cuanto antes, por lo que la envolvió en el impermeable, la arrastró al jardín enterrándola a poca profundidad. Mientras realizaba el dantesco trance se dijo a sí mismo: "esto es como el gato que ensucia y después tapa la porquería".

Goyo Cárdenas: el estrangulador de Tacuba

Por ENRIQUE GUARNER
Columnista

(SEGUNDA PARTE)

Fue natural que al conocerse, a través de la prensa, el asesinato e inhumación de cadáveres perpetrado por el estudiante de Ciencias Químicas Gregorio Cárdenas Hernández de 27 años, en la casa de Mar del Norte 20 en Tacuba, los psiquiatras

por las tremendas diferencias económicas que existían. El psiquiatra español realizó varias pruebas psicológicas, entre las que destacó la de asociaciones de Jung-Bleuler, observando que las respuestas del delincuente tardaban bastante con vocablos como:

Figura 1. Ejemplos de la enorme difusión en la prensa diaria del caso de Gregorio Cárdenas.

proporcionó una licencia presidencial especial para ejercer la medicina y fue elegido miembro de honor por la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y por la Academia de Medicina, que le invitó inmediatamente a dar un ciclo de conferencias. Pronto adquirió un gran prestigio social y profesional⁹⁻¹¹.

En el verano de 1942, un individuo llamado Gregorio Cárdenas asesinó y violó a cuatro mujeres. Unos crímenes en serie tan dramáticos conmocionaron al país y el caso ocupó las primeras páginas de todos los diarios nacionales¹²⁻¹⁵. El asesino fue detenido en seguida y sometido a numerosos dictámenes psiquiátricos con diagnósticos dispares. El Dr. Lafora recibió la solicitud de una revista de psiquiatría (*The American Journal of Psychiatry*) para llevar a cabo un estudio de Cárdenas, tras el cual concluyó que padecía una "epilepsia psíquica" y que los crímenes habían sido cometidos en estados "crepusculares" epilépticos, por lo que era inimputable. Este diagnóstico contradecía los sugeridos por los otros psiquiatras que habían examinado a Cárdenas. El estudio de Lafora no fue publicado en la revista de psiquiatría que

había promovido el informe, sino en *Criminalia*¹⁶, una revista especializada, y también en la prensa ordinaria (el periódico *Excelsior*), lo que le valió a Lafora una seria controversia con la familia del asesino y con la comunidad de psiquiatras mexicanos, tanto por la discrepancia en el diagnóstico como porque consideraron antiético el desvelar así un secreto profesional. El diagnóstico del Dr. Lafora tuvo, en definitiva, unas consecuencias relativas puesto que Cárdenas no fue nunca sentenciado, ni culpable ni inocente, aunque se le recluyó muchos años en prisión por su supuesta peligrosidad.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es revisar brevemente el dictamen del Dr. Lafora así como la historia de las bases conceptuales vigentes en su época en las que D. Gonzalo basó su diagnóstico de epilepsia psíquica o larvada, un concepto abandonado en la moderna epileptología, que ha desaparecido de los textos de neurología pero que todavía se mantiene en los de psiquiatría, psiquiatría forense y en el código penal español.

Material y método

El relato de los crímenes de Cárdenas, su repercusión social y las opiniones de los peritos que le examinaron se han obtenido de las fuentes que se citan en la bibliografía^{12-15,17-20}. El acceso al artículo en el que el Dr. Lafora publicó su estudio sobre Cárdenas¹⁶ se me ha facilitado amablemente a través del Sr. Guillermo Cerón de la Universidad Autónoma de México. El contenido del informe del Dr. Lafora se ha contrastado con las ideas de su tiempo y las actuales sobre conceptos como “epilepsia psíquica” o “equivalentes epilépticos” y su relación con la violencia y el crimen.

Resultados

El caso de Gregorio (Goyo) Cárdenas, “el estrangulador o chagal de Tacuba”¹²⁻¹⁵

Los padres de una joven estudiante denunciaron su desaparición el 3 de septiembre de 1942 en México D.F. Gregorio Cárdenas, otro estudiante que frecuentaba a la chica, de la que parecía estar profundamente enamorado pero por la que no era correspondido, llegó ese día a la casa de su madre en un estado mental lamentable de agitación y confusión. En los interrogatorios Gregorio se vino abajo y confesó su crimen. La policía encontró el cadáver de la chica desaparecida y los de otras tres jóvenes prostitutas enterrados en el jardín de su casa. Todas habían sido asesinadas en el transcurso del último mes. Estos crímenes en serie fueron tratados con todo sensacionalismo en la prensa (figura 1) y conmocionaron al país. Sirvieron además, de manera inmediata, para reavivar el debate sobre la restauración de la pena de muerte en México y, con ello, la crucial importancia de la definición del estado mental del convicto que le pudiera librar de la pena capital¹⁵.

Los jueces encargados del caso solicitaron los oportunos informes psiquiátricos por si existía alguna razón de enfermedad mental que pudiera explicar los crímenes y, en su caso, constituir una eximente de responsabilidad penal. Ni la historia familiar ni la historia personal del acusado sugerían, a primera vista, ningún problema de tara degenerativa ni de trastorno en el campo intelectual, puesto que Gregorio había hecho estudios y trabajado como taquimecanógrafo y había sido becado para estudiar ciencias químicas. Sus notas eran sobresalientes. Sin embargo, su relación con las mujeres era conflictiva y había tenido un matrimonio previo fallido.

La actitud de Goyo en los primeros días tras la detención fue oscilante, desde momentos de lucidez en los que narraba sus crímenes con claridad a otros en los que declaraba incoherencias e ideas delirantes. Presentaba contracciones faciales más intensas en el lado izquierdo, descritas como tics, variables en intensidad, lo mismo que un leve temblor de las manos. Estas manifestaciones motoras dejaron de estar presentes con el tiempo. Se emitieron numerosas opiniones por psiquiatras y criminalistas que, en algunos casos, ni siquiera habían visto al paciente, calificándolo sólo por las noticias de la prensa. En otros casos las entrevistas médicas con Cárdenas se hicieron en un contexto inverosímil con periodistas, policías y público presentes, contribuyendo a alimentar el sensacionalismo que rodeaba la situación, más que a aclararla. El propio Lafora se asombró de la cantidad de periodistas y curiosos que entraban y salían de la celda de Cárdenas interrumpiendo su propio análisis. Cárdenas adoptó el papel de una auténtica *vedette* expresándose con refinamiento y profusión de términos técnicos, con posados elegantes; se permitió anunciar, para gran decepción de los periodistas, que los domingos no haría declaraciones. Los informes psiquiátricos emitidos en los primeros días, y más tarde a lo largo de los años, concluyeron en diagnósticos variados, hasta 25, con serias discusiones y disputas personales entre los autores, pero que, en su mayoría, consideraban que se justificaba la eximente de culpabilidad por enajenación mental pero recomendaban su reclusión por extrema peligrosidad.

El resultado de todo ello fue que Cárdenas nunca recibió una condena firme de culpabilidad. Tras un breve paso por la penitenciaría del Palacio Negro de Lecumberri fue transferido al Manicomio General de la Castañeda para recibir tratamiento, de donde se fugó en 1946 con otro interno o con una enfermera según diferentes versiones. Pasó después de nuevo a Lecumberri, donde estuvo, en diferentes pabellones, hasta su liberación en 1976.

Su comportamiento en los centros de reclusión fue extraordinario y alimentó las dudas sobre su verdadero estado mental¹⁷, por lo que fue sometido de nuevo a diversos exámenes aún en los años 1947 y 1948, cuando llevaba ya cinco años de reclusión. Las opiniones fueron, de nuevo, contradictorias. Bajo el efecto del pentotal se declaró inocente de los crímenes, que habrían sido cometidos por sus amigos, testimonio que no se consideró fiable. Quiroz-Cuarón fue requerido otra vez y su informe, esta vez con electroencefalogramas

incluidos, ratificó el diagnóstico anterior de “trastorno post-encefálico que le convierte en un delincuente perverso”¹⁸.

Haciendo gala de un nivel intelectual superior —que había sido acreditado en los peritajes— y de grandes dotes de seducción, le fue autorizado el montar un pequeño negocio de venta de tabaco y refrescos. En cierta ocasión y previa convocatoria en la prensa, organizó la venta al público general, con gran éxito, de las artesanías que fabricaban algunos internos. Él mismo tejía unas bolsitas con cuya venta conseguía algunos ingresos. Numerosas mujeres se prestaron a visitarlo y mantuvo relaciones con otras durante sus salidas autorizadas. Una de ellas testificó que el comportamiento sexual de Gregorio era normal salvo que se quedaba profundamente dormido después del coito¹⁴. Este testimonio tenía valor médico-legal toda vez que entre las hipótesis para explicar sus crímenes estaba la de que las relaciones sexuales con sus víctimas habían sido el desencadenante de su furia criminal en un estado crepuscular de epilepsia psíquica. Consolidó su relación con Dña. Gerarda Valdéz, en circunstancias de las que nunca ofreció el más mínimo detalle; se casaron y tuvieron cinco hijos, todos profesionales del derecho o de la medicina.

Con el paso de los años se interesó por los estudios de derecho y asesoraba a los otros reclusos. Además de muchos artículos y cartas, escribió hasta cinco libros (*Celda 16*, *Pabellón de locos*, *Adiós*, *Lecumberri*, *Una mente turbulenta* y *Campo de concentración*) en los que reflejó su diario personal, sus vivencias y sus reflexiones generales sobre el sistema penitenciario. En esos libros se pueden seguir sus pasos por el ambiente sórdido, a menudo infrahumano, de los diferentes pabellones de la penitenciaría. Fue particularmente crítico con los psiquiatras, a los que acusaba de “embodegar locos”, añadiendo que “no he sido sincero con ninguno de ellos porque he llegado a la conclusión de que no saben lo que andan haciendo”¹⁴.

En 1972, transcurridos 30 años de reclusión, su abogado, Salvador Salmerón Solano, después de varios intentos fallidos incluso ante el presidente de la república y de nuevas valoraciones psiquiátricas, alegó que era inconstitucional mantener a Cárdenas encerrado por más tiempo, puesto que había superado el máximo con el que según el código penal podía castigarse a un asesino. El juez Raúl Gutiérrez Márquez ordenó en septiembre

de 1976 que Goyo fuera puesto en libertad por “falta de comprobación”.

El caso adquirió de nuevo una gran relevancia puesto que fue aprovechado políticamente para argumentar a favor del sistema penitenciario, que había hecho posible la rehabilitación del asesino, y en contra de la pena de muerte, demostrando que hubiese sido un error irreparable el haberla aplicado, aún en un caso de crímenes tan horribles^{17,19,20}. Cárdenas fue invitado a la Cámara de los Diputados, donde fue aclamado con una gran ovación y de nuevo ocupó las primeras páginas de los periódicos. Concedió entrevistas en las que aseguró que todos los que le habían examinado y adjudicado diferentes diagnósticos psiquiátricos se habían equivocado²⁰. Su conducta habría sido deliberadamente encaminada a simular una enfermedad, confundir a los psiquiatras y obtener la eximente de culpabilidad.

Fue particularmente crítico con Quiroz-Cuarón, su principal acusador, considerado el padre de la criminología mexicana²⁰. Quiroz-Cuarón encontró, en su momento, que siendo Gregorio niño había surgido un brote de encefalitis en Veracruz, sin claros indicios de que él la hubiera sufrido, y que era muy posible que le hubiera dejado secuelas. Con tan débil argumento etiológico concluyó que Cárdenas era “... un ‘loco’ en la expresión vulgar del artículo 68 del Código Penal. Padece un síndrome hipofiso-hipotalámico post-encefálico (sic), que hace de él un delincuente perverso de muy alta peligrosidad”, y pidió su ingreso en la penitenciaría. Con eso se cerró el procedimiento.

Pero según Cárdenas afirmó años después²⁰:

Se equivocó en todo. Soy una persona normal. Trabajo en forma normal. Tengo una familia normal... Simplemente era [Quiroz-Cuarón] un autodidacta. Pero no era abogado ni médico. Yo nunca he tenido un padecimiento. Nunca. Si yo tuviera un padecimiento de tipo mental no llevaría una vida normal. La esquizofrenia no es curable. Cualquier padecimiento es incurable. Si estuviera enfermo no estaría aquí. Llevo una vida común.

Cárdenas se incorporó a la vida social normal. Se graduó en derecho en 1985 y trabajó como abogado. Además sus pinturas se vendieron a buen precio. Vivió con su familia y murió en 1999. Su imagen y su historia han trascendido los límites de la medicina y el derecho y han pasado al teatro, el cine y la literatura¹⁷.

Las circunstancias del informe del Dr. Lafora y sus consecuencias

Antes de analizar su contenido procede un breve comentario sobre las circunstancias en que se desarrolló la intervención del Dr. Lafora en el caso Cárdenas y sus consecuencias. Según él mismo manifestó^{2,6,11}, la iniciativa partió de la revista *The American Journal of Psychiatry* que, interesada por la figura del *serial killer*, solicitó a Lafora un estudio del protagonista. Es bastante chocante que no habiendo sido requerido ni por el detenido, ni por su familia, ni por el juez, el director de la cárcel permitiera al Dr. Lafora llevar a cabo el reconocimiento de un encausado que estaba *sub iudice* y cuyo juez responsable ya había nombrado a los forenses y peritos de todas las partes. Según los testimonios disponibles, el Dr. Lafora llevó a cabo el reconocimiento de Cárdenas con su habitual meticulosidad, pero lo tuvo que interrumpir al tercer día por orden del juez.

Más asombroso todavía es que el Dr. Lafora publicara sus resultados en el periódico *Excelsior* en tres entregas —lo que sin duda aumentaba las expectativas morbosas del público— e inmediatamente después en la revista *Criminalia*¹⁶ pero no en la revista psiquiátrica americana que se lo había pedido. El propio Dr. Lafora comentó años después a Valenciano Gayá² sobre este punto sorprendente, reconociendo que su actuación sólo era explicable en el contexto en el que ocurrió, cuando todo se estaba haciendo en público y con los periodistas encima, incluso durante sus propias entrevistas a Cárdenas, como antes se ha señalado.

El diagnóstico de “epilepsia psíquica” que emitió el Dr. Lafora y la conclusión de inimputabilidad para Cárdenas lo enfrentaron a la comunidad de psiquiatras mexicanos, a la familia y a la opinión pública que pedía la cabeza del asesino.

La Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría convocó al Dr. Lafora el 20 de octubre de 1942 a una sesión para discutir en público las conclusiones de su análisis. El anuncio de la sesión, en el que se adelantaba que se discutirían los estudios del Dr. Lafora “en todos sus aspectos” y los titulares de la prensa (“El Dr. Lafora sometido a un juicio de responsabilidades”) ya deberían haber alarmado a D. Gonzalo sobre el verdadero objetivo de la sesión. El Dr. Lafora se presentó con la idea de defender sus opiniones frente a las de sus colegas mexicanos, alguno de los cuales, como el Dr. Siordia, uno de los peritos judiciales de la defensa, ya le había llamado

El Secreto Profesional Su Alcance

—¿Ha violado el secreto profesional el prestigioso neurólogo don Gonzalo R. Lafora, en sus artículos publicados en “Excelsior”, en los que formuló el examen psicopatológico de Gregorio Cárdenas?

Por José ANGEL CENICEROS.
(Del diario “Excelsior”).

SERENIDAD EN EL JUICIO

Esta pregunta ha sometido uno de nuestros redactores al eminente jurista y presidente de la Academia de Ciencias Penales, José Angel Ceniceros.

—¿Desde el punto de vista médico legal, qué juicio le merecen los trabajos publicados por el doctor Lafora en “Excelsior” y la reacción que ha provocado entre los penalistas y psiquiatras mexicanos?

—Supongo que la pregunta se refiere a la exposición del doctor Lafora de los datos de herencia de la familia del reo. Mi contestación es ésta: Se han dicho tantas cosas en la prensa con motivo del crimen de Gregorio Cárdenas, y es tan enorme la polvareda de publicidad que se ha levantado en torno al mismo, que lo que ha escrito el doctor Lafora es mínimo, en comparación con

—He leído con un gran interés los tres artículos del famoso neurólogo español, y hasta tal punto los he considerado importantes, que en el próximo número de CRIMINALIA serán reproducidos íntegramente. En cuanto a la segunda parte de la pregunta, tengo plena confianza en que se impondrá la serenidad en el juicio de los neurólogos y psiquiatras mexicanos, quienes en su

Figura 2. La autorizada opinión de D. J.A. Ceniceros, presidente de la Academia de Ciencias Penales, que fue decisiva para exonerar al Dr. Lafora de la acusación de violación del secreto profesional.

despectivamente “D. Gonzalito” al comentar la segunda entrega del Dr. Lafora en el diario *Excelsior*. D. Gonzalo hizo, ante la Sociedad, una exposición inicial muy larga, exhaustiva y un tanto premiosa, defendiendo su opinión médica, la cual fue duramente criticada, en particular por el Dr. Salazar Viniegra, quien negó todo valor al informe de Lafora. Pero, además, Lafora se encontró luego con la sorpresa de que la sesión derivó en una acusación contra él por violación del secreto profesional y en un ataque personal con descalificaciones gravísimas¹¹, de hacer literatura y no ciencia, de buscar publicidad y beneficio económico pues cobraba honorarios profesionales abusivos, y de exhibicionismo e irresponsabilidad. El escándalo llegó a la prensa y Lafora recurrió a ella para defenderse de un ataque que consideraba, a la vez, xenófobo y profesional.

La segunda parte del conflicto fue promovida por la familia, y por algunos psiquiatras, acusando a Lafora de violación del secreto profesional. Aunque muy aguda al principio, pues tuvo que responder ante el Ministerio Público y estuvo a punto de ser procesado, la polémica se aplacó pronto. El Dr. Lafora basó su defensa en que él había intervenido por el encargo de la revista americana y no como médico o perito del paciente y que, por tanto,

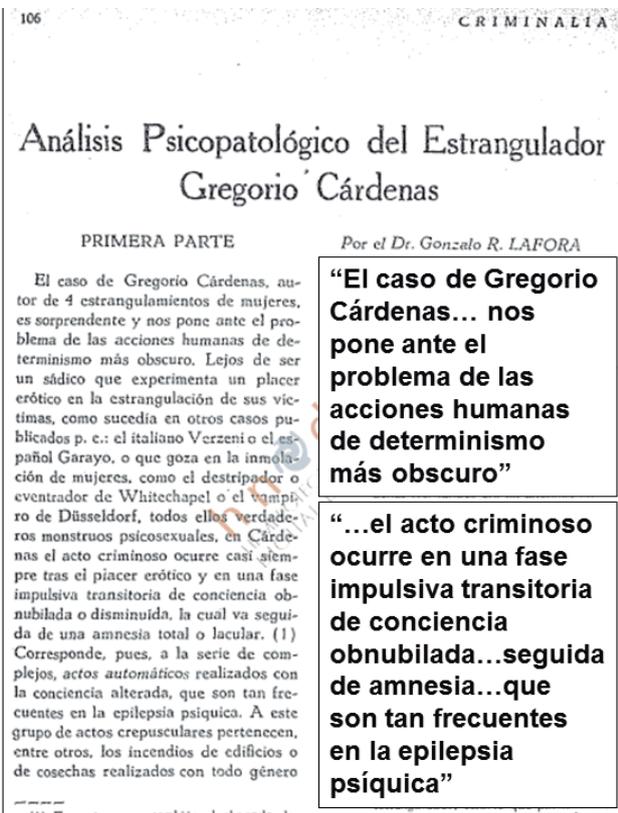


Figura 3. Primera página del análisis del Dr. Lafora sobre Gregorio Cárdenas en la revista *Criminalia*.

no estaba sometido al secreto profesional. Argumentó además que lo mismo se aplicaba a la familia, con la que se había entrevistado para conocer los antecedentes de Goyo, y la cual estaba al corriente del destino periodístico de la información que facilitaron. Fue muy importante en la defensa de Lafora la actitud de D. José Ángel Cenicerós²¹, presidente de la Academia de Ciencias Penales y director de *Criminalia*, quien resumió diciendo que D. Gonzalo no había sido más indiscreto que todos los demás, médicos, peritos, periodistas, etc., (figura 2) que habían aireado en la prensa toda clase de informes y comentarios.

Una opinión de gran apoyo para el Dr. Lafora fue la emitida por D. Héctor Pérez Martínez, persona del máximo prestigio, que pudo ser candidato a la presidencia de México, el cual manifestó que "...era ejemplar el lugar que ocupa [Lafora] dentro de la investigación científica, y está muy por encima de las acusaciones discutibles y xenofóbicas que no tienen justificación".

El informe del Dr. Lafora

El objetivo del presente artículo no es el de revisar todos los diagnósticos que recibió Gregorio Cárdenas sino sólo el que emitió el Dr. Lafora¹⁶ pues fue el único que basó la inimputabilidad del asesino en un padecimiento neurológico, la epilepsia, y concretamente la epilepsia larvada o psíquica. El informe del Dr. Lafora ya fue motivo de análisis en otra publicación²¹.

El análisis del Dr. Lafora comienza con una frase (figura 3) que resume la motivación de la medicina en general y de la psiquiatría en particular para llevar a cabo este tipo de estudios: "...nos pone ante el problema de las acciones humanas de determinismo más obscuro". Es la pregunta de los alienistas de la primera mitad del siglo XIX ¿cómo explicar los crímenes sin móvil aparente, sin lucro, ni odio o venganza, la violencia gratuita sin sentido? Según Foucault²² fue el Dr. Jean Pierre Falret quien elaboró la primera etiqueta psiquiátrica justificativa de un crimen sin motivo, cuando diagnosticó a Pierre Rivière en 1835, tras asesinar a su madre y hermanos, de monomanía homicida (concepción delirante limitada a una o pocas ideas), diagnóstico ratificado por un comité de seis expertos encabezado por Esquirol²³. El delirio o monomanía era la enfermedad que por entonces se asociaba a la peligrosidad y la violencia. La monomanía homicida fue substituida más adelante por la epilepsia para explicar que alguien pueda matar impulsivamente sin argumento ni remordimiento. Hay un acuerdo unánime en que el principal impulsor de la idea de relacionar la epilepsia con la violencia y el crimen fue Lombroso²⁴⁻²⁷. Este autor y otros elaboraron el concepto de "epilepsia psíquica o larvada", que se basaba a su vez en otro concepto, el de los "equivalentes epilépticos". Las conductas violentas y otros síntomas eran descargas del cerebro sin otras manifestaciones de la epilepsia. Los pacientes con epilepsia formaban parte de los degenerados y criminales natos con los que compartían rasgos físicos fácilmente identificables.

Según Lafora¹⁶, las bases del diagnóstico de "epilepsia psíquica" en el caso de Cárdenas fueron: a) los antecedentes personales y familiares, b) los resultados de las pruebas psicológicas (test de asociaciones verbales de Bleuler-Jung y test de Rorschach), c) análisis de sus sueños y d) opiniones de autoridades psiquiátricas del máximo prestigio (Lombroso, Forel, Krafft-Ebbing, Bumke, Birnbaum). El análisis de los sueños de Gregorio no figura en el informe de Lafora publicado en *Criminalia*,

en el que, además, se lamenta de que no pudo obtener un EEG, ni aplicar la prueba de masculinidad de Terman-Miles ni el test del cardiazol cuando el juez le prohibió seguir con sus estudios.

a) En los antecedentes familiares, la tara hereditaria epileptógena de Cárdenas era intensa y bilateral según Lafora, aunque no hubiera ningún pariente próximo con crisis epilépticas. La predisposición a la epilepsia se basaba en antecedentes de “equivalentes a los ataques” como sonambulismo, enuresis, migraña, carácter irritable o genio explosivo, y reacciones coléricas en un hermano. El mismo Gregorio había tenido espasmos del sollozo en la infancia, enuresis, terrores nocturnos, pesadillas, migrañas y crisis de “tristeza irritable”. Además Lafora valoró antecedentes de “sensibilidad neurótica” ante el maltrato o la muerte de los animales, que según él “eran frecuentes entre los epilépticos (...) y compatible en un epiléptico con acciones impulsivas violentas”.

b) Los test psicológicos fueron “concluyentes de una personalidad epiléptica”. Así, en el test de Rorschach se detectaron “tendencias represivas acentuadas, ocultación del pensamiento, afectos con un predominio de impulsos primarios”. En el test de libre asociación de 100 palabras (Bleuler-Jung) hubo un retardo en algunas respuestas que tenían una notable carga de afectividad.

c) Lafora se apoya en Lombroso²⁴⁻²⁷ y en sus famosos casos de criminales sádicos, a los que considera epilépticos larvados o psíquicos, para afirmar que la tendencia impulsiva a estrangular mujeres como manifestación psicopatológica propia de la epilepsia y de otras psicopatías impulsivas de naturaleza sexual no es rara del todo. Pero reconoce D. Gonzalo que Lombroso “no da razones convincentes para sostener ese diagnóstico” y que hay otras alternativas de “psicopatías sexuales con tendencias sádicas las cuales no pertenecen al grupo de la epilepsia” y cita varios casos de la literatura.

D. Gonzalo cita también a Birnbaum (*Die psychopathische Verbrecher*, 1926, p. 144) para afirmar que “los rasgos caracteriológicos epilépticos de la irritabilidad patológica, la inclinación explosiva a descargas brutales y a manifestaciones impulsivas y también las peculiaridades especiales de la epilepsia, como la tendencia a las distimias, los accesos de cólera y estados crepusculares, la intolerancia alcohólica y las reacciones patológicas al alcohol, prestan un carácter criminal grave a una constitución psicopática no especialmente asocial y convierten a los tipos de criminales psicópatas en los

criminales más brutales y de más violenta impulsividad”. Afirma Lafora que la disminución de la conciencia es mayor en los estados crepusculares de los epilépticos que “en otras psicopatías como en la distimia disfórica o en la histeria”, en los que la amnesia no es tan completa. Por ello, y de acuerdo con Birnbaum, no constituyen “una fuente especial de acciones criminales”.

La conclusión de Lafora es terminante: “los crímenes brutales y repetidos de forma similar ocurridos en estados excepcionales de conciencia obscurecida (crepusculares) son propios de la epilepsia”.

Discusión

Se dirá que, a la vista de cómo evolucionó el estado mental del supuesto asesino loco, todos los peritos que le examinaron se equivocaron, como el propio Cárdenas afirmó al final de su vida, y que, en realidad, no tenía ninguna enfermedad neuropsiquiátrica²⁰. Desde luego no es de esperar que un padecimiento neuropsiquiátrico grave desaparezca de manera natural sin recibir ninguna medicación ni terapia alguna y en un medio tan absolutamente desfavorable como el manicomio de Lecumberri. Pero lo que aquí interesa no es confrontar los diagnósticos de los peritos con la evolución, sino sobre qué base conceptual apoyó el Dr. Lafora su diagnóstico de epilepsia psíquica o larvada en Gregorio Cárdenas, un concepto a todas luces equivocado.

Para un neurólogo actual puede resultar chocante que desde la primera página y sin más argumentos, el Dr. Lafora emitiera la conclusión de que se trata de acciones llevadas a cabo “en un estado crepuscular epiléptico”. De este apriorismo tajante se deduce que para el Dr. Lafora era una doctrina consolidada, que no necesita argumentarse, el que una persona, sin ninguna otra manifestación de epilepsia, pueda sufrir sólo trastornos episódicos de conciencia durante los cuales es capaz de llevar a cabo crímenes horribles en serie. Como apoyo a su hipótesis cita a Rosanoff (*Manual of Psychiatry*, 1938, p. 91), quien refiere el caso de un paciente que un día realizó un acto complejo tan inocente y rutinario como ir a un bar y tomarse un refresco sin recordar nada. Pero no resalta el detalle fundamental de que ese paciente padecía verdaderamente de epilepsia con crisis convulsivas nocturnas. La hipótesis de Lafora de que Cárdenas actuó en estado crepuscular en los cuatro crímenes choca con la propia confesión del asesino

en la que recordaba los síntomas del arrebato homicida y el odio hacia la persona que tenía a su lado.

El diagnóstico del Dr. Lafora estaba bajo la enorme influencia de Lombroso, cuyas ideas impregnaron no sólo la medicina y la psiquiatría, sino también la literatura y la política de finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Se expandieron por Europa y pasaron al continente americano, en el que hay dos buenos ejemplos. Astelarra²⁸, en Argentina, recogió y desarrolló fielmente en 1909 el concepto de “epilepsia larvada” y su relación con la violencia y el crimen. Hidalgo y Carpio²⁹, uno de los padres de la medicina legal en México, afirmó que “el carácter epiléptico se definía por la ausencia de valores morales que regulasen la conducta y el diagnóstico era de epilepsia larvada o psíquica que se manifestaba en acciones crueles acompañadas de amnesias temporales”. De manera universal aseguraba que “todo epiléptico es original, fantástico, con quien no se puede vivir, y que en un momento dado podrá cometer actos irresistibles de causa alucinatoria y de naturaleza dañosa, sin que esto se pueda prever”¹⁴.

En España, otros ejemplos de la influencia de Lombroso pertinentes al tema de este artículo son el Dr. Tomás Maestre y el Dr. Villacián. El Dr. Tomás Maestre^{30,31} ejerció una primera etapa profesional en Murcia, llena de iniciativas sociales y políticas e incluso literarias. Se trasladó a Madrid en 1893 y llegó a ser catedrático en 1903. Impulsó el Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. Hombre de ideas avanzadas, humanista, interesado por la psicología científica y político liberal, contribuyó a desarrollar la legislación psiquiátrica de 1931, considerada modélica en su época. Sin embargo creía firmemente como Lombroso y Morel en la relación del paciente epiléptico con el individuo degenerado de base hereditaria que podía ser diagnosticado por la simple craneoscopia.

El Dr. Villacián fue director del Instituto Psiquiátrico Provincial de Valladolid y catedrático de Psiquiatría. Redactó el capítulo sobre la epilepsia en el tratado de Medicina del Profesor Bañuelos³². Es significativo que ese capítulo sobre la epilepsia, en tiempos tan próximos como 1951, está incluido en el volumen dedicado a las enfermedades mentales y no en el de las enfermedades neurológicas. El Dr. Villacián encontró en los pacientes de la población ingresada en el manicomio, que reflejó en fotografías muy dramáticas, todas las taras atribuidas a la epilepsia con carácter general, la degeneración, el

carácter, la personalidad, la violencia y la demencia. Estas ideas tuvieron una difusión amplísima pues el texto del Dr. Bañuelos fue uno de los más influyentes de su época, en el que estudiaron miles de médicos de toda España durante décadas.

La teoría del criminal nato de Lombroso, sus características físicas y psíquicas y su relación con la epilepsia tenían una base científica muy débil y ya fueron discutidas y rechazadas por sus contemporáneos. En las antípodas de Lombroso y su teoría del criminal nato se situó, entre otros, Lacassagne³³, que resaltó la importancia de las malas influencias sociales en el desarrollo de la criminalidad. Autores modernos han vuelto a criticar los errores metodológicos y la debilidad de las teorías de Lombroso, destacando que, por el contrario, intuyó acertadamente la base neuropatológica de algunas epilepsias, concretamente las displasias corticales³⁴⁻³⁶.

¿Cuál es, actualmente, la idea aceptada entre neurólogos y epileptólogos sobre la relación entre violencia y criminalidad con las epilepsias? Para consultar este tema hay una monografía española de referencia³⁷. Ante todo hay que afirmar que no existe una “personalidad epiléptica” con carácter general y que entre las personas con epilepsia no existen rasgos psicofísicos de atavismo o degeneración. Muchos estudios no han podido concluir que haya una relación causal entre la epilepsia y los actos criminales³⁷⁻⁴⁵, ni se ha demostrado una mayor frecuencia de la epilepsia entre los criminales convictos ni a la inversa, un mayor número de crímenes entre pacientes con epilepsia^{46,47}.

La violencia en el estado confusional crítico es muy difícil de confirmar si no es en el contexto de una unidad de monitorización vídeo-EEG. En la literatura moderna, se ha calculado que la violencia intracrítica es muy rara, cifrada en un episodio de cada mil crisis registradas^{48,49}. Esto hace inverosímil que un mismo paciente, como Cárdenas, cometa actos criminales en serie durante sucesivos estados crepusculares epilépticos. Treiman³⁹ propuso unos criterios estrictos para relacionar un acto violento con una crisis epiléptica, que han sido ampliamente aceptados.

La violencia en el estado de confusión post-crítico es muy común⁵⁰. Pero casi siempre es una conducta de resistencia cuando el paciente se siente retenido en sus actos automáticos y aunque puede dar golpes o patadas o mordiscos, siempre se trata de actos poco dirigidos y

que no pueden estar en la base de conductas criminales complejas y aún menos repetidas.

La violencia post-crítica más intensa y potencialmente peligrosa es la que va asociada a la psicosis post-crítica⁵¹. Alrededor del 20% de los episodios psicóticos post-críticos contienen conductas violentas con hetero- o autoagresión (suicidio). La historia natural de la psicosis post-crítica está bien establecida. Se trata casi siempre de epilepsias con crisis convulsivas rebeldes, con o sin crisis focales. Suele haber datos de lesiones cerebrales bilaterales, sobre todo encefalitis o traumatismo. La historia es de larga evolución, a menudo por encima de 20 años y el número de crisis sufridas por el paciente muy alto. En ese contexto, y después de una o varias crisis agrupadas, viene un período de letargo o somnolencia seguido de un tiempo de lucidez (“intervalo libre”), tras el que comienza la crisis psicótica con alteraciones del pensamiento, alucinaciones visuales y auditivas, ilusiones, alteraciones afectivas (manía, depresión), paranoia y posible conducta violenta. En estos casos la violencia puede ser dirigida y causar lesiones graves, por ejemplo, por golpes o apuñalamiento o estrangulación. El episodio psicótico dura horas o días y su diagnóstico requiere criterios estrictos que no puedan amparar delitos cometidos en estados no psicóticos, como fue el caso de Cárdenas, que no presentaba ninguno de los rasgos exigidos para ese diagnóstico.

Por último cabe considerar que los pacientes con epilepsia son susceptibles de tener episodios de conducta violenta que no tienen relación con la epilepsia, como los “trastornos explosivos intermitentes” o el “síndrome de descontrol episódico”⁵². Estos son trastornos debidos a un deficiente control de impulsos que pueden dar lugar a episodios de rabia, agresividad o conducta antisocial. Ocurren más frecuentemente en niños o adultos portadores de lesiones cerebrales y de bajo nivel intelectual, y a menudo se desencadenan por una mínima provocación o frustración y se facilitan por el alcohol. Este es el único diagnóstico compatible con la historia de Cárdenas, el de arrebatos criminales fuera de todo control que pudieran estar facilitados por su frustración y mala relación con las mujeres y el efecto del alcohol.

Incluir entre las manifestaciones de la epilepsia a todos esos supuestos “equivalentes” es, probablemente, uno de

los errores conceptuales más graves cometidos en este campo sobre todo por permitir, con ello, el diagnóstico de “epilepsia psíquica o larvada” para explicar cualquier trastorno conductual, en particular la violencia, aún en ausencia de toda manifestación de verdadera epilepsia.

A la luz de los conceptos actuales, el diagnóstico de “epilepsia psíquica” del Dr. Lafora en el caso de Cárdenas no se sostiene como explicación de sus horrendos crímenes. Los argumentos en que se apoyó el diagnóstico de D. Gonzalo en el momento de emitirlo eran fruto de conceptos y prejuicios sin verdadera base científica ni empírica, aunque ampliamente difundidos y considerados como dogmas. La evolución ulterior del paciente no hizo sino confirmar lo inverosímil del diagnóstico, pues Cárdenas no presentó nunca la menor manifestación de epilepsia a lo largo de su vida. Como bien dice Valenciano Gayá¹, “sorprendente es su falta de sintomatología durante muchos años”. De manera piadosa para con su admirado maestro, añadió: “no hemos de tratar aquí de puntualizar si el diagnóstico de Lafora fue el más certero”. Afortunadamente para los pacientes con epilepsia, la mayoría de las ideas peyorativas que han caído sobre ellos a lo largo de los siglos se van superando, en particular la relación con la violencia y la criminalidad. Pero aún en textos recientes de psiquiatría jurídica⁵³ se afirma que “los actos brutales, instantáneos, sin motivación, llevados a cabo por el sujeto sin noción de su ejecución y, por consiguiente, seguidos de una conducta especial (imposible de simular) son los típicos de los epilépticos”. En otro artículo aún más próximo y en el que la mayoría de su contenido es correcto⁵⁴, todavía se cita a Lombroso y su escuela, y a Krafft-Ebing, quien llegó a manifestar que “los crímenes no serían más que fenómenos epilépticos mal interpretados”. Todavía se afirma que “los comportamientos agresivos intercríticos, a menudo caracterizados como reacciones explosivas, y que en otro tiempo fueron considerados como típicos de la personalidad epiléptica, en la actualidad se aceptan como una manifestación específica de la epilepsia del lóbulo temporal”.

Ha mejorado la situación respecto a los tiempos del Dr. Lafora, pero queda aún mucho camino que recorrer para aclarar y dar a conocer la verdadera relación entre las epilepsias, la violencia y el crimen.

Conflicto de intereses

El autor no declara ningún conflicto de intereses. No se ha recibido ninguna financiación pública ni privada.

Bibliografía

- Valenciano Gayá L. El Doctor Lafora y su época. Madrid: Morata; 1977.
- Moya G. Gonzalo R. Lafora: medicina y cultura en una España en crisis. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 1986.
- Gómez Santos. Conversaciones con Don Gonzalo Rodríguez Lafora. Tribuna Médica. 1966.
- García Gonzalez J. El Dr. Lafora y su época a través de la historia de la A.E.N. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1987;VII:124-7.
- Izquierdo Rojo JM. Historia de la neurología clínica española: 1882-1936 [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2015.
- González Cajal J. Gonzalo Rodríguez Lafora: breves notas biográficas. R.A.E.N. 1988;VIII:675-95
- González Cajal J. La cultura en la vida y en la obra del doctor Lafora. R.A.E.N. 1989;IX:451-8.
- Balcells M. Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971). Neurosci Hist. 2014;2:176-80.
- Nanduri AS, Kaushal N, Clusmann, Binder DK. The maestro don Gonzalo Rodríguez-Lafora. Epilepsia. 2008;49:943-7.
- Díaz JL. El legado de Cajal en México. Rev Neurol (Barcelona). 2009;48:1-9.
- Lafuente, E, Carpintero H, Ferrandiz A. La presencia del Dr. Lafora en México: un estudio de la psicología española en la emigración (1938-1947). Rev Hist Psicol. 1991;12:247-57.
- Criminalia: la enciclopedia del crimen [Internet]. Criminalia: [s.l.]; ©2021. El estrangulador de Tacuba; [consultado 15 ago 2019]. Disponible en: <https://criminalia.es/asesino/gregorio-cardenas-hernandez/>.
- Criminalia: la enciclopedia del crimen [Internet]. Criminalia: [s.l.]; ©2021. El estrangulador de Tacuba: Goyo Cárdenas; 13 abr 2013 [consultado 15 ago 2019]. Disponible en: <https://criminalia.es/asesino/gregorio-cardenas-hernandez/>.
- Ríos Molina. Memorias de un loco anormal: el caso de Goyo Cárdenas. México, DF: Random House Mondadori; 2010.
- El abismo humano. El Informador. 12 sept 1942.
- Lafora G. Análisis psicopatológico del estrangulador Gregorio Cárdenas. Criminalia. 1942;IX.3:107-17.
- Vázquez JD. La fábrica del asesino. El Goyo Cardenas y las transformaciones identitarias de un homicida serial. Estud Hist Mod Contemp Mex. 2011;42:109-42.
- Quiroz Cuarón A. Un estrangulador de mujeres. México: Ediciones Criminalia; 1952.
- Meade E. From sex strangler to model citizen: Mexico's most famous murderer and the defeat of the death penalty. Mex Stud. 2010;26:323-77.
- Cabildo M. "Todos se equivocaron, Quiroz Cuarón se equivocó". La Redacción. 29 abr 1989 [consultado 15 ago 2019]. Disponible en: <https://www.proceso.com.mx/152728/todos-se-equivocaron-quiroz-cuaron-se-equivoco>
- Álvarez Peláez R, Huertas García-Alejo R. ¿Criminales o locos? Dos peritajes psiquiátricos del Dr. Gonzalo Rodríguez Lafora. Madrid: CSIC; 1987.
- Foucault M. Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano... Un caso de parricidio del siglo XIX. Barcelona: Tusquets; 1976 [consultado 20 ene 2020]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=y+o+pierre+riviere+foucault+pdf&oq=y+o+pierre+riviere+y+foucault&aqs=chrome.2.69i57j0l3j69i64.13361j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Esquirol, Orfila, Marc, Parisey, Rostan, Mitivié, Leuret. Dictamen deliberado en París, sobre el estado mental de Pierre Rivière. En: Foucault M. Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano... Un caso de parricidio del siglo XIX. Barcelona: Tusquets; 1976. pp. 192-4.
- Lombroso C. L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie. Milán: Hoepli; 1876.
- Lombroso C. El delito. Sus causas y remedios. Madrid: Victoriano Suárez; 1902.
- Crimipedia [Internet]. Alicante: Universidad Miguel Hernández; [s.d.]. Perales Navalón I. Criminal nato; 26 may 2015 [consultado 24 feb 2020]. Disponible en: <https://crimipedia.umh.es/topics/criminal-nato/>
- UABDivulga [Internet]. Barcelona: UAB; 2021. "Hay un cierto determinismo biológico en la neurocriminología"; 30 ene 2014 [consultado 24 feb 2020]. Disponible en: <https://www.uab.cat/web/detalle-noticia/hay-un-cierto-determinismo-biologico-en-la-neurocriminologia-1345680342040.html?noticiaid=1345685211855>
- Astelarra M. Epilepsia psíquica. Archivos de Pedagogía y Ciencias Afines. 1909;5:248-60.
- Hidalgo y Carpio L. Introducción al estudio de la medicina legal mexicana. México: Imprenta de Ignacio Escalante; 1866.
- Fernández Teijeiro JJ. Algunas notas acerca de la "psicología positiva" del Dr. Tomás Maestre Pérez (1857-1936). Rev Hist Psicol. 2012;33:67-80.
- Real Academia de la Historia [Internet]. Madrid: Real Academia de la Historia; © 2018. Tomás Maestre y Pérez; [consultado 15 ene 2020]. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/12653/tomas-maestre-y-perez>
- Villacián JM. Enfermedades mentales. Epilepsias. En: Bañuelos M, ed. Medicina Interna. Tomo 1. Madrid: Alhambra; 1951.
- Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. Wikipedia, la enciclopedia libre; 2020. Alexandre Lacassagne; [consultado 15 ene 2020]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Alexandre_Lacassagne

34. Chio A, Spreafico R, Avanzini G, Ghiglione P, Vercellino M, Mutani R. Cesare Lombroso, cortical dysplasia, and epilepsy: keen findings and odd theories. *Neurology*. 2003;61:1412-6.
35. Granieri E, Fazio P. The Lombrosian prejudice in medicine. The case of epilepsy. *Epileptic psychosis. Epilepsy and aggressiveness*. *Neurol Sci*. 2012;33:173-92.
36. Gatti U, Verde A. Cesare Lombroso: methodological ambiguities and brilliant intuitions. *Int J Law Psychiatry*. 2012;35:19-26.
37. López Díaz LM, Vadillo Olmo FJ, Cruz Campos GA. Agresividad y violencia en epilepsia. Alicante: Club Universitario; [s.d].
38. Saleh C, Reuber M, Beyenburg S. Epileptic seizures and criminal acts: Is there a relationship? *Epilepsy Behav*. 2019;97:15-21.
39. Treiman DM. Epilepsy and violence: medical and legal issues. *Epilepsia*. 1986;27:S77-S104.
40. Hindler CG. Epilepsy and violence. *Epilepsia*. 1989;155:246-9.
41. Piazzini A, Bravi F, Edefonti V, Turner K, Vignoli A, Ferraroni M, Canevini MP. Aggressive behavior and epilepsy: a multicenter study. *Epilepsia*. 2012;53:e174-9.
42. Barr WB. A recent classic on violence in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2002;3:548-9.
43. Marsh L, Krauss GL. Aggression and violence in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2000;1:160-8.
44. Borum R, Appelbaum KL. Epilepsy, aggression, and criminal responsibility. *Psychiatr Serv*. 1996;47:762-3.
45. Masia SL, Devinsky MO. Epilepsy and behavior: a brief history. *Epilepsy Behav*. 2000;1:27-36.
46. Whitman S, Coleman TE, Patmon C, Desai BT, Cohen R, King LN. Epilepsy in prison: elevated prevalence and no relationship to violence. *Neurology*. 1984;34:775-82.
47. Schulze-Lohne M, Bauer J. [Law and epilepsy. Legal sentences in the Federal Republic of Germany between 1952 and 2000]. *Nervenarzt*. 2001;72:782-6.
48. Delgado-Escueta AV, Mattson RH, King L, Goldensohn ES, Spiegel H, Madsen J, et al. Special report. The nature of aggression during epileptic seizures. *N Engl J Med*. 1981;305:711-6.
49. Delgado-Escueta AV, Mattson RH, King L, Goldensohn ES, Spiegel H, Madsen J, et al. The nature of aggression during epileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2002;3:550-6.
50. Brodie MJ, Besag F, Ettinger AB, Mula M, Gobbi G, Comai S, Aldenkamp AP, Steinhoff BJ. Epilepsy, antiepileptic drugs, and aggression: an evidence-based review. *Pharmacol Rev*. 2016;68:563-602.
51. Devinsky O. Postictal psychosis: common, dangerous, and treatable. *Epilepsy Currents*. 2008;8:31-4.
52. McTague A, Appleton R. Episodic dyscontrol syndrome. *Arch Dis Child*. 2010;10:841-2.
53. Codón JM, López Saiz I. *Psiquiatría jurídica penal y civil*. 3ª ed. Burgos: Ediciones Aldecoa; 1968.
54. Guija Villar JA, Franco Fernández MD, Sanmartín Roche A. Valoración psiquiátrica y legal de la epilepsia. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2001;25:23-40.