

Guía práctica para la elaboración del diagnóstico clínico criminológico

José Luis Prieto Montes

Universidad de Chihuahua (México).

Resumen

El diagnóstico clínico criminológico es un informe de carácter legal realizado mediante un proceso dinámico que permite al analista establecer hipótesis sobre los factores explicativos de la conducta de un delincuente. No es por tanto una evaluación estática, pues va modificándose conforme se van desvelando rasgos de comportamiento, trastornos de personalidad, entorno cultural, familiar y socio-demográfico, características del delito, nivel de planificación, y la relación víctima –victimario.

Palabras clave: *Criminología, diagnóstico criminológico, comportamiento criminal, evaluación personalidad, psicología criminológica.*

1. INTRODUCCIÓN.

La criminología como ciencia nació siendo clínica. Cesare Lombroso (1835-1909) presentaba al delincuente como un ser atávico y patológico intuyendo la relación entre biología y comportamiento antisocial.

A pesar de que la propuesta del delincuente nato resulta insostenible en la actualidad y que sus aportaciones ha sido duramente criticadas (en gran medida por el

¹ Profesor y coordinador académico de Criminología y Psicología criminológica en Claustro Universitario de Chihuahua, Mexico. luisprietomontes@gmail.com

desconocimiento completo de sus investigaciones con más de 400 delincuentes muertos y 6000 delincuentes vivos) resulta incuestionable que las ideas del médico italiano marcaron un precedente en el estudio de la conducta criminal. Morales Quintero (2011) explica que en esa época las técnicas y los instrumentos de valoración eran limitados. Solo podían contar con variables fácilmente observables como las medidas del cráneo, su forma, la estatura y el peso.

La actual denominación de esta ciencia, al parecer, fue establecida por el antropólogo francés Paul Topinard (1830-1911), si bien adquirió carta de naturaleza gracias al jurista italiano Rafael Garófalo (1852-1934) perteneciente a la Escuela Positivista (Jimenez, 1950).

Etimológicamente Criminología se deriva del término latino *criminis*, que es un término de la familia léxica formada por *cribro*, *cribrare* (cribar); *cerno*, *cretum* (cribar, distinguir). *Crimen* sería la acción de cerner, es decir de elegir el culpable. En el derivado *criminare* se ve más claramente el sentido de *cernere*. Significa señalar a uno como culpable. (Arnal, 2010). Esta palabra proviene, según Ernout y Meillet (en de Brand, 2006) del griego *krima* cuyas principales acepciones son «sentencia», «castigo» o «prescripción de la ley», siendo estos sus usos más comunes en latín. El término crimen ha sufrido algunas transformaciones en su forma latina constituida a partir de la contracción de *cerimen* o *cernimen*, que en apariencia proviene del griego *krínein*. En un principio este sustantivo significaba «decisión», pero al ser trasladado a la lengua jurídica su significado fue alejándose de su sentido original para designar, finalmente, la acción criminal o el crimen propiamente dicho.

El significado etimológico de la palabra *criminis*: «Criba» indica hacer una selección rigurosa. Precisamente el trabajo del criminólogo clínico consiste en desarrollar un estudio individualizado del hombre delincuente intentando conocer sus motivaciones y los factores biopsicosociales que permitan explicar su conducta. Se «criban» todos aquellos elementos históricos comportamentales para deducir cuales factores fueron activantes y cuales inhibidores del delito.

Para W. Hikal (2008) la criminología clínica es el diagnóstico y tratamiento de los problemas interiores y conductuales, como los trastornos mentales, antisocialidad, alcoholismo, problemas familiares, etc. Estudia los factores que llevaron al sujeto a cometer una conducta antisocial, no se estudia la generalidad, sino cada caso particular.

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO CRIMINOLÓGICO

El diagnóstico clínico criminológico es un informe de carácter legal realizado mediante un proceso dinámico que permite al analista establecer hipótesis sobre los factores explicativos de la conducta de un delincuente. No es por tanto una evaluación estática,

pues va modificándose conforme se van desvelando rasgos de comportamiento, trastornos de personalidad, entorno cultural, familiar y socio-demográfico, características del delito, nivel de planificación, y la relación víctima –victimario. Al respecto Vaca cortes (2010) señala:

Para que se elabore el dictamen correspondiente por el criminólogo clínico, se trabaja conjuntamente con otros peritos: psicólogos, pedagogos, sociólogos, médicos u otros que se requieran, en el que se deberá describir, clasificar y explicar al delincuente, como también su conducta, además de este diagnóstico que se le realiza al criminal, es necesario puntualizar la existencia de egocentrismo, labilidad afectiva, agresividad, indiferencia afectiva, inintimibilidad, inadaptación, adaptación, suspicacia, desarrollo psicológico, deficiencia intelectual, psicosis, neurosis, actividad laboral, vagancia, mendicidad, diversión, entre otros conceptos de la criminología clínica.

El diagnóstico criminológico a diferencia de otros diagnósticos clínicos no se realiza en la generalidad de los casos, por petición del evaluado, sino parte de un ordenamiento jurídico administrativo, es por ello que debe ser elaborado por un experto en el tema, que este en posesión de título correspondiente de criminólogo y cedula de ejercicio profesional. Además de estos requisitos es conveniente que demuestre haber sido capacitado en áreas relacionadas con la evaluación psicocriminológica y posea experiencia en la práctica pública o privada. Ruiz Perez (2011) señala que algunos protocolos para evaluar la calidad metodologica de informes forenses incluyen tener en cuenta si el autor del informe tiene formación diferente del pregrado o licenciatura sobre la evaluación de casos como los que versa el informe realizado.

3. PROCESO DE ANÁLISIS CLÍNICO CRIMINOLÓGICO

El proceso de análisis clínico criminológico (PACC) Es un sistema de planificación de las actividades que desarrolla el analista conductual compuesto de tres elementos: valoración, diagnóstico e implementación.

Como todo procedimiento, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

3.1 PRIMERA ETAPA: VALORACIÓN

Consiste en un proceso sistemático y organizado de recolección de datos. Comienza desde el momento en que el sujeto tiene contacto con el sistema de Justicia, independientemente de su situación jurídica (indiciado, procesado o sentenciado). Esta actividad se desarrolla en los Centros de observación y clasificación criminal. Se debe tomar en cuenta que cada situación amerita un enfoque legal distinto, por ejemplo cuando el sujeto esta en calidad de indiciado en prisión preventiva se tiene que atender y respetar al principio de la presunción de inocencia (Colombo, 2007).

Tipos de datos

Durante la valoración, el criminólogo recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales. Una base de datos completa y exacta suele incluir una combinación de estos.

Datos subjetivos

Los datos subjetivos se pueden describir como la perspectiva individual de una situación o de una serie de acontecimientos. Es la información proporcionada por el sujeto evaluado no puede ser determinada por el criminólogo con independencia de la interacción o comunicación con el individuo.

A menudo se obtienen datos subjetivos durante la entrevista como las percepciones, sentimientos e ideas sobre sí mismo o el pasado del entrevistado. Algunos ejemplos son las descripciones que hace de la frustración, arrepentimiento, sensibilidad ante la víctima y muy comúnmente, historias sobre una infancia infeliz, familia disfuncional o traumatismos como haber sido abusado sexualmente.

En este apartado resulta indispensable la pericia del entrevistador para poder valorar la credibilidad del testimonio, pues el entrevistado puede haber sido aleccionado para ofrecer una representación falsa con el fin de evadir responsabilidades, manipular las pruebas u omitir información que comprometa el resultado y la opinión del experto.

No todos los tipos de entrevistas son válidas para el análisis clínico criminológico. De facto, las entrevistas dirigidas o semidirigidas pueden introducir información engañosa en las narraciones de los eventos de personas sinceras, de modo que las distorsiones no serían fruto de la mentira, sino de la información introducida por el entrevistador (Arce & Fariña, 2005).

La información proporcionada por otras fuentes distintas al evaluado, como la familia, abogados y miembros del equipo técnico interdisciplinario, puede ser también subjetiva si se basa en la opinión de cada uno en lugar de estar basada en hechos verificables.

Datos objetivos

Por contraste, los datos objetivos consisten en información observable y mensurable. Habitualmente, esta información se obtiene a través de los sentidos (vista, olfato, oído y tacto) por ejemplo la descripción física, alíneo personal, cicatrices o tatuajes, orientación en tiempo y espacio, lenguaje, coordinación motora, aliento etílico o de alguna sustancia química, etc.

Los datos objetivos más relevantes son todos aquellos documentos que integran el expediente jurídico: dictámenes periciales que ofrecen información sobre el desarrollo de los hechos imputados al sujeto para ser contrastado o verificado con la narrativa que ofrece en la entrevista.

Ejemplos de estos datos son los certificados de estudios, constancias de trabajo intrapenitenciario, diplomas o reconocimiento por asistencia a talleres, reportes del personal de trabajo social, educativo y de custodia; valoraciones médicas, psicológicas y psiquiátricas en aspectos importantes como consumo de drogas, agresividad entre otros.

Durante la valoración, deberá considerar tanto los datos subjetivos como los objetivos. Teniendo sumo cuidado de la expresión escrita en el informe técnico científico. Hay una notable diferencia entre decir que:

“el sujeto fue agredido sexualmente a la edad de 12 años...”
a *“refiere haber sido agredido sexualmente a la edad de 12 años...”*

En el primer caso, el experto está dando por un hecho que ocurrió la agresión. Pero, si no cuenta con un respaldo objetivo (denuncia previa, certificado de lesiones, carpeta de investigación, etc.) es fácilmente desacreditado su dicho. En el segundo caso, no asegura los hechos, pero les confiere valor como relatoría del examinado.

Con frecuencia estos hallazgos se justifican entre sí, como sucede en caso de un interno que reporta que no acudió a las sesiones de terapia programadas refiriendo *“un fuerte dolor en el estomago”*, se valida por informes de enfermería u hospitalización.

Datos históricos

Los datos históricos consisten en situaciones o acontecimientos que han tenido lugar en el pasado como detenciones previas por conductas antisociales no delictivas como vandalismo, hasta los antecedentes penales e internamientos en centros penitenciarios.

Instrumentos de valoración con el HCR-20 (*Historical-Clinical-Risk Management-20*; Webster et al, 1997) al igual que la PCL-R (*Psychopathy Check List Review*; Hare, 2003) evalúan factores de riesgo situados en el pasado (ítems históricos, por ejemplo conductas violentas en la niñez o adolescencia, edad del primer delito violento), en el presente (ítems clínicos, por ejemplo carencia de “insight”, actitudes negativas) y en el

futuro (ítems de gestión de riesgo, por ejemplo carencia de planes realistas, falta de apoyo social).

La validez y la confiabilidad del HCR- 20 han sido demostradas en una serie de estudios (por ejemplo Macpherson y Kevan 2004, Dernevik, Grann & Johannson, 2002; Douglas & Webster, 1999; Douglas et al, 1999). Este instrumento se utiliza en forma estándar para realizar pronósticos de peligrosidad en institutos carcelarios y en clínicas psiquiátricas forenses (Ross, Pfaeffli, & Fontao, 2007).

Feggy Ostrosky-Solís y Cols. (2008) Realizaron un estudio de estandarización de la PCL-R en Población Penitenciaria Mexicana financiado por el Consejo nacional de ciencia y tecnología (CONACYT) en el cual examinó la confiabilidad, la validez y la estructura factorial de la escala de Psicopatía en una muestra de 144 internos de una Penitenciaría Federal Mexicana que mostro los resultados señalan que es un instrumento adecuado para medir psicopatía en la población de convictos mexicanos, bajo la salvedad de ampliar la muestra con diversos rangos de edad y población femenina.

En el caso del diagnóstico aplicado a adolescentes infractores hay factores individuales y familiares que tienen una importancia determinante. Entre éstas, se pueden encontrar algunos o varios de los siguientes factores: temperamento, el déficit de atención y la hiperactividad, la pobreza de relaciones de apego con los padres, la presencia a muy baja edad de conductas agresivas crónicas en el niño, la supervisión parental débil, la disciplina inconsistente aplicada por los padres. Otro factor agravante, es la presencia en uno de los dos padres o en los dos, de problemas importantes de salud mental y/o de abuso de alcohol o drogas (Dionne & Constanzo, 2009).

Datos actuales

Los datos actuales se refieren a acontecimientos que están sucediendo en el momento de la valoración.

Por ejemplo: alteraciones del estado emocional por conflictos intrapenitenciarios (motines, segregaciones, no recibir visita de familiares, separación de los hijos, embarazo, síndrome de abstinencia al consumo de una sustancia, etc.) Estos datos son especialmente importantes en su valoración inicial y en las valoraciones repetidas para comparar la información actual con los datos previos y determinar el progreso del examinado.

El criminólogo debe tener en cuenta los cambios psicológicos y conductuales que presenta el sujeto sometido a internamiento pues esto influirá directamente sobre la actitud del examinado ante la entrevista. Es imposible separar lo que el individuo trae a la prisión y lo que la prisión produce en el. (Zimbardo, Banks, & Jaffe, 1986).

O. R. Hernández Loeza y Z. Sarquis Alarcón (2009) realizaron un análisis del encierro y la disciplina en una institución psiquiátrica, pero para efectos ilustrativos sus hallazgos son de sumo interés criminológico en la valoración del individuo privado de la libertad:

- a) Una pérdida del mundo civil.
- b) Pérdida de autonomía.
- c) Un sistema de privilegios y castigos.
- d) Exposición contaminadora.
- e) Ruptura de la relación habitual entre el individuo actor y sus actos.

Para G. Villalobos (2004) los efectos de los factores de riesgo psicosocial son diversos y dependen de las características de las personas, de la apreciación de la situación y de los mecanismos de resistencia, así como de las características mismas del factor de riesgo.

Se debe tomar en cuenta que el ingreso en prisión conlleva un proceso de adaptación psicológica del individuo, en el que intervienen e interactúan estresores ambientales, humedad, calor o frío, ruido-, existencia de condiciones higiénicas y médicas deficientes, la ausencia de espacios de esparcimiento, situaciones de hacinamiento, falta de intimidad, una estructura arquitectónica y organizacional en la que se desarrolla toda la vida del individuo y el alejamiento de las fuentes de apoyo social, todo lo cual, teniendo en cuenta las diferencias individuales en recursos, estrategias de afrontamiento y personalidad, afectaría al estado de salud psicológica y física del individuo (Gutiérrez, 1997 citado por Ruiz, Gómez, & otros, 2002).

Fuentes de datos

Durante la fase de valoración, se reúnen datos procedentes de diferentes fuentes. Estas se clasifican como primarias o secundarias.

El examinado es la fuente primaria y se debe utilizar para obtener los datos subjetivos pertinentes. Hay varias cosas que el evaluado puede hacer con mayor previsión como son (1) compartir las percepciones y sensaciones personales sobre el internamiento y la narrativa de los hechos según su propia versión, (2) identificar problemas concretos: adicción a una droga o pertenencia a un grupo delictivo que está distribuido en el centro penitenciario, bandas rivales o enemigos jurados. (3) validar respuestas a modalidades diagnósticas o de tratamiento: asistencia a talleres, terapias ocupacionales o actividades deportivas.

Fuentes secundarias son todas las demás que no sean el propio evaluado. Aquellas situaciones en las que no puede participar o cuando es necesaria mayor información para aclarar o validar datos, como al tratarse de sujetos inimputables o pertenecientes a una colectividad indígena; a este respecto Vaca Cortes (2011) menciona que es necesario conocer los usos y costumbres e incluso en frecuentes casos hacer uso de un traductor diestro y experto que conozca no solo el idioma, sino las particularidades formativas de los miembros de la comunidad en cuestión y puedan fungir como asesores de los tomadores de las decisiones legales.

Entre las fuentes secundarias también se encuentran los familiares o allegados del evaluado, personas del entorno inmediato, otros miembros del equipo técnico interdisciplinario, como el personal de custodia (con quien en ocasiones se genera una relación de mayor confianza). Compañeros de módulo o celda pueden proporcionar también datos oportunos relacionados con las características del sujeto en el internamiento.

Un ejemplo del valor de las fuentes secundarias es cuando los compañeros de internamiento manifiestan quejas del examinado, ya sea por su conducta en el internamiento como agresividad, tendencias sexuales, hostigamiento o cambios en el estado de ánimo.

Se debe evitar información insuficiente que lleve a formular falsas conclusiones, así como el acumular hechos innecesarios que provoquen confusiones y alarguen inútilmente la indagación.

3.2 SEGUNDA ETAPA: DIAGNÓSTICO CLÍNICO CRIMINOLÓGICO

El diagnóstico clínico criminológico es un juicio valorativo sobre un individuo que ha cometido una conducta desviada socialmente que puede o no estar tipificada como delito. Se deriva de un proceso sistemático de recolección y análisis. Sirve de base para precisar una clasificación y segmentación en entornos de privación de libertad como ejecución de penas y emitir recomendaciones de medidas cautelares, tratamiento intrapenitenciario, concesión o negación de beneficios preliberacionales y seguimiento de sujetos liberados.

Para su correcta elaboración se aplica el método clínico, su expresión es diferente en cada sujeto examinado aun cuando hayan sido responsables del mismo delito o conducta gravosa.

El criminólogo debe ser consciente que al hacer una evaluación, se encuentra, en cada caso, ante una situación peculiar, no vista previamente; por lo que es necesario un juicio clínico certero, capacidad para analizar situaciones nuevas, creatividad, audacia

en las conjeturas, pero prudencia y rigor al establecer conclusiones (Ilizástigui & Rodríguez, 2010).

3.3 TERCERA ETAPA: IMPLEMENTACIÓN

Una vez realizado el diagnóstico e identificados claramente los factores causales o de riesgo tiene lugar la implementación de actividades o intervenciones criminológicas, estas son estrategias específicas diseñadas para un sujeto en concreto, con la finalidad de evitar complicaciones y contribuir en el proceso del tratamiento intrapenitenciario desde una perspectiva holística, es decir, contemplando el estado físico, psicológico y espiritual.

Características de las intervenciones criminológicas:

Integrales: Tienen que ser compatibles con el tratamiento o las acciones terapéuticas de cada miembro del equipo técnico interdisciplinario.

Seguras: No han de realizarse con riesgo para el examinado ni el criminólogo.

Individualizadas: hasta donde sea posible dar un seguimiento individual sobre todo en los casos donde hay riesgos contra la integridad física o psicológica del examinado.

Realistas: Se debe tener claramente delimitado cuales son los recursos con los que cuenta el criminólogo, el examinado y la institución.

4. ESTRUCTURA DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO CRIMINOLÓGICO

El diagnóstico clínico criminológico está estructurado por cuatro elementos básicos:

- 1) Problema real, potencial o de riesgo y situacional
- 2) Factores relacionados
- 3) Manifestación y evidencias clínicas
- 4) Fundamentación científica

1. **El problema**, en este caso es el trastorno o conducta por lo cual es evaluado el interno. Lo que motiva la intervención del especialista en conducta criminal. Este problema o problemas –porque no pocas veces se trata de uno solo- no debe ser confundido con el delito cometido.

Por ejemplo un sujeto que perpetra robo de vehículo sin mediar violencia y no tiene antecedentes delictivos, se le clasifica como primodelincuente, es decir, es

la primera vez que le es atribuida la comisión de un delito (no necesariamente es la primera vez que lo comete).

Si se considera el delito cometido como «el problema», es una conducta menor que amerita ser clasificado y segmentado en un módulo de baja seguridad. Pero, resulta que pertenece a una banda criminal que tiene adeptos y adversarios en el centro penitenciario; al ingresar al módulo, tiene contacto con grupos rivales y es lesionado gravemente.

En este caso hipotético la clasificación y segmentación estuvieron mal elaboradas. Ya que el verdadero problema que amerita la intervención criminológica no es juzgar la conducta cometida, sino el verdadero problema actual, que es la pertenencia a un grupo antisocial.

Se trata de un «problema real» cuando la manifestación es evidente. Como agresividad, autolesionismo, consumo de drogas, indiferencia afectiva.

Es un «problema potencial o de riesgo» cuando se cuenta con elementos subjetivos que hacen suponer la posible ocurrencia de un evento (el riesgo de conducta suicida en un interno con trastorno depresivo o inclusive el riesgo de contaminación criminal por exposición a grupos intrapenitenciarios).

El «problema situacional» hace referencia a temas específicos de ocurrencia infrecuente como amotinamientos, riñas tumultuarias, periodos específicos de tiempo como los días de visita familiar o en puntos geográficos como: módulos, baños, visita íntima, hospital, entre otros.

- 2. Factores relacionados:** Son todas las circunstancias o situaciones que aumentan la probabilidad de ocurrencia de un problema. Estos pueden ser de tipo individual, social, familiar, ambiental, etc. Deben ser identificados claramente debido a que la intervención criminológica incide directamente sobre la eliminación o reducción de factores para el control del problema investigado. Si los factores no son bien definidos, la terapéutica será deficiente y es posible que se acreciente la problemática inicial.

Enlazando ambos conceptos (problema y factor relacionado) es posible ilustrar un caso práctico:

Alberto tiene 51 años de edad, lleva 4 años en encarcelamiento, está cumpliendo una sentencia de 7 años por los delitos de homicidio simple y robo agravado. En los últimos dos años no ha recibido visita de sus hijos lo cual le ha ocasionado constantes depresiones que canaliza en forma de autolesionismo, haciéndose cortes de diversa profundidad y gravedad en los brazos.

En el ejemplo anterior, «el problema» es la autoagresión y los «factores relacionados» son el internamiento prolongado y la falta de visita familiar.

Si la terapéutica e intervención criminológica solo se concentra en evitar que se lesione (eliminando de su módulo instrumentos punzocortantes, cordones, vidrio, etc.) es posible que recurra a otros métodos para canalizar su depresión. En este caso el tratamiento debe ir orientado a los factores causales más viables como lo es, gestionar con trabajo social una comunicación con la familia para exponerle la situación y canalizar al interno a terapia psicológica.

- 3. Manifestación clínica y evidencias** En esta parte del proceso se utiliza una semiología criminológica, es decir, la interpretación de los signos y síntomas del evaluado. Entendiendo por signo todo comportamiento y evidencia que puede ser observable y medible, mientras que el síntoma es un elemento subjetivo, no se puede apreciar por los sentidos pero es una referencia verbalizada del evaluado.

Siguiendo con el ejemplo anterior, es posible identificar en *Alberto* diversos signos: adinamia, pérdida de apetito y de peso, somnolencia. Y síntomas como sentimientos de culpa, pérdida de confianza en sí mismo e ideación suicida.

- 4. Fundamentación científica** Para evitar el riesgo de subjetividad en la opinión del analista conductual es importante que el diagnóstico se fundamente en criterios estandarizados y fuentes bibliográficas de referencia.

Por ejemplo, para un posible trastorno depresivo existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas. La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (DSM IV-TR). Es por ello que la integración de los diversos estudios debe corroborarse, ya que en este caso la opinión de psicólogo y del psiquiatra es fundamental para establecer un diagnóstico certero.

5. REDACCIÓN DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO-CRIMINOLÓGICO.

El diagnóstico clínico criminológico se construye como un enunciado que integra el problema investigado, su factor causal o de riesgo, las evidencias de dicho problema y la fundamentación teórica que lo respalde.

Un error frecuente es solo mencionar el problema, por ejemplo:

“El examinado tiene riesgo de conducta suicida”

Este diagnóstico limita la intervención y deja muy amplias las opciones de tratamiento, no expresa que elementos tiene el criminólogo para emitir esta opinión o cuáles son los factores causales.

Ejemplo de la estructura del diagnóstico:

(P) Alto riesgo de conducta suicida (F) relacionado con internamiento prolongado y ausencia de visita por parte de sus familiares (E) manifestado por referencias verbales del interno *“lo que deseo es morirme”* (sic), autolesiones en las muñecas con objeto punzocortante, e ideación suicida. (J) Los Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo según CIE-10 considera que 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico y la Presencia de síntomas como: Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada así como pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

En este diagnóstico (P) hace alusión al problema que amerita la atención (F) son los factores relacionados y sobre los cuales incide directamente el tratamiento criminológico (E) son las evidencias y manifestaciones clínicas y (J) la justificación y respaldo científico del diagnóstico.

CONSIDERACIONES DEL DIAGNÓSTICO

- I. Se elabora sobre aspectos en los cuales puede intervenir directamente el criminólogo o en interdependencia con el equipo técnico interdisciplinario.
Por ejemplo:

“Dificultad para el seguimiento de los programas educativos relacionado con bajo nivel académico manifestado por dificultad para leer, escribir y resolver operaciones matemáticas simples...”

En este caso, el «factor relacionado» es bajo nivel académico y se puede planificar la intervención con el área pedagógica.

- II. Puede tratarse de un problema real o de una situación de riesgo. Lo que trae como consecuencia distintas medidas de seguridad e intervención. Ejemplo:

“Alto riesgo de contaminación criminal relacionado con la reciente incorporación del sujeto a grupos criminógenos dentro del centro penitenciario manifestado por informes del personal de seguridad y custodia...”

En este caso, la intervención puede diseñarse para evitar el contacto con los grupos mencionados, cambiando al sujeto de modulo o con traslados programados.

UTILIDAD DEL DIAGNÓSTICO

- Permite dirigir adecuadamente las intervenciones criminológicas.
- Mejora el proceso de comunicación con el equipo técnico interdisciplinario y los encargados de la administración y procuración de justicia.
- Especifica las funciones relacionadas con la clasificación, segmentación y tratamiento a la solución de problemas específicos.
- Son de utilidad para la construcción de un sistema estandarizado de diagnósticos criminológicos aprobados por organismos de valoración criminológica.
- Ofrece principios y estructuras para organizar la educación, la práctica y la investigación en criminología.

6. DISCUSIÓN

La naturaleza de la delincuencia está cambiando. Desde los delitos de baja escala en empresas, hasta las amenazas terroristas transnacionales; esto amerita contar con modelos de análisis delictivo que proporcionen información pertinente sobre los patrones, tendencias y correlaciones del crimen, incluyendo el estudio integral de los lugares de hechos, sin olvidar como parte fundamental de estos estudios la Victimología. (Wortley & Mazerolle, 2008)

Los formatos, métodos de evaluación y criterios diagnósticos varían de un centro a otro, incluso de un criminólogo a otro lo cual dificulta la comparación de resultados, la investigación y en definitiva, todo aquello que permite enriquecer la ciencia criminológica, el fallo como menciona Hikal (2011), puede ser en parte, la dependencia de los antiguos estudiantes de la recién naciente Criminología, que hicieron de algunos autores sus dogmáticos-paternalistas, siendo pasivos en la investigación y desarrollo, lo que ha estigmatizado a los criminólogos y a la ciencia criminológica como débil y floja. De esto, la necesidad de reorganizar y sistematizar el conocimiento criminológico.

La participación de profesionales psicólogos y criminólogos en calidad de peritos dista de ser exacta, confiable e infalible. En algunos casos no satisface a cabalidad las expectativas de los distintos órganos del aparato jurídico (Varela, 2008; Antillon, 2011) debido a que el diagnóstico profesional se vuelve una mera opinión sin fundamentación científica, difícil de comprobar por otros medios, producto en muchos casos de la percepción del experto durante la entrevista clínica que si bien presenta mucha potencia para un trabajo de tipo terapéutico, no resulta en absoluto recomendable para una evaluación de tipo forense, que en sí misma persigue otros objetivos (Varela, 2008), por lo que debe combinarse con instrumentación psicométrica y pruebas materiales de lo expresado (informes y constancias de participación del evaluado en talleres, terapias, entre otras actividades).

María Teresa Luis Rodrigo (2006) refiere que “no es posible actuar sin tener una idea de que hemos de hacer”. Esto, es referente que al carecer de un modelo propio de Diagnóstico criminológico se tiende a adoptar modelos de ciencias afines como la Psicología, medicina o Psiquiatría.

De ahí la necesidad de contar con un instrumento enmarcado en la investigación de los factores comportamentales del delincuente. Así cuando el experto emita su opinión profesional esta será lo suficientemente clara y explícita para que juzgadores y/o terapeutas puedan identificar los problemas de la persona, familia o comunidad.

El diagnóstico clínico criminológico revela la existencia de persistencia, escalamiento o severidad, especialización delictiva o desistimiento, aspectos todos ellos que no se abordan en ninguna otra ciencia pero que forman parte inextricable y esencial de la

INTERNATIONAL E-JOURNAL OF CRIMINAL SCIENCES

Supported by DMS International Research Centre



Criminología, en especial de la Criminología evolutiva (Farrington, 2007 y Redondo, 2008 en Cuaresma, 2010).

La criminología clínica realiza un estudio holístico e individualizado del delincuente se apoya de la psicometría forense utilizando instrumentos y pruebas, entre los que destaca la Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos (HCR-20 CH. D. Webstert, K. S. Douglas, D. Eaves, y S. Hart ,2005), la Escala de Respuesta Individual Criminológica (E.R.I.C. Chargoy R., 1999) el Listado de Psicopatía de Hare Revisado (PCL-R, Hare, 1991 citado en Chico Librán & Tous, 2003), El “*Behavioural Status Index*” (BEST-Index; Reed & Woods, 2000; Reed et al, 2002 citado en Ross, Pfaeffli, & Fontao, 2007) entre otros.

En resumen, el diagnóstico clínico criminológico no debe ser considerado con un fin, sino como un medio para poder explicar, no justificar, la conducta criminal y los medios disponibles para el control, contención, tratamiento y la prevención del delito, disminuyendo sus consecuencias.

El propósito de la presente guía es ante todo exponer un instrumento de trabajo que considerando los alcances y limitaciones de la ciencia criminológica, resulte útil en la práctica diaria.

Referencias bibliográficas

- Antillon, O. N. (22 de agosto de 2011). Percepcion del criminologo por el abogado. (J. L. Prieto, Entrevistador)
- Antón, P. J. (2011). La criminología como ciencia social: pasado, presente y futuro. *Quadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses* , 38-45.
- Arce, R., & Fariña, F. (2005). Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema de evaluación global (SEG). *Papeles del Psicólogo* , 26, 59-77.
- Arnal, M. (Junio de 2010). *El almanaque*. Recuperado el 21 de noviembre de 2011, de <http://www.elalmanaque.com/junio/1-6-eti.htm>
- Caballero, A., Sánchez, F., & Becerra, A. (2000). Conocimiento social de la mentira y credibilidad. (U. A. Madrid, Ed.) *Psicothema* , 12 (02), 236-240.
- Chargoy R., E. J. (1999). Escala de Respuesta individual criminologica: Un instrumento psicocriminologico para determinar objetivamente la peligrosidad. *Revista de ciencias sociales de la Universidad de Costa Rica* , 83. 97-117.
- Chico Librán, E., & Tous, R. J. (2003). Estructura factorial y validez discriminante del listado de psicopatía de Hare revisado. *Psicothema 2003* , Vol. 15 (nº 4), pp. 667-672.
- Colombo, C. J. (2007). *Biblioteca de investigaciones Juridicas UNAM*. Recuperado el 01 de noviembre de 2011, de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/dconstla/cont/20071/pr/pr18.pdf>
- Corral, C. C. (1994). *El razonamiento médico: Los fundamentos lógicos del método clínico*. Madrid: Díaz de Santos.
- Cuaresma, M. D. (2010). el informe criminológico en el contexto penitenciario. *Revista de Derecho Penal y Criminología* (3), 339-351.
- de Brand, I. (2006). Una aproximación al léxico del crimen y la pasión en medea y phaedra de séneca. *DIKAIOSYNE, Revista semestral de filosofía práctica* (No. 17).
- Dionne, J., & Constanzo, A. (2009). Intervención con adolescentes Infractores de ley. *El observador, Revista especializada en temas de infancia y adolescencia del Servicio Nacional de Menores* (5), 39.
- Godoy-Cervera, V., & Higuera, L. (2005). El analisis de contenido basado en criterios (cbca) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. (U. d. Granada, Ed.) *Papeles del Psicólogo* , 26, 92-98.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised* . Toronto: Multi-Health Systems.
- Hernández, L. O., & Sarquis, A. Z. (2009). El encierro institucionalizado. (U. N. Iztacala, Ed.) *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* , 12 (1), 47-63.
- Hikal, W. (2011). El qué hacer de la Criminología Científica. Ampliando el horizonte. *Derecho y cambio social* (25).
- Hikal, W. (2008). psicológico), Criminología del desarrollo: el estudio de la personalidad antisocial desde la perspectiva psicoanalítica y conductual (sistematizando el conocimiento criminológico y. *Polizei Newsletter* .

- Ilizástigui, D., & Rodríguez, R. L. (2010). El método clínico. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* .
- Jimenez, d. A. (1950). *Tratado de Derecho Penal, Tomo I* (5ª ed.). Bs. As. Argentina: Losada.
- Kocsis, R. N. (2008). *Serial Murder and the Psychology of Violent Crimes*. Sydney, Australia: Humana Press.
- Luis Rodrigo, M. T. (2006). *Los diagnosticos enfermeros: revision critica y guia practica*. Barcelona: Masson S.A.
- Morales Quintero, L. A. (2011). Neurocriminología: Fundamentos y aportaciones. En E. Gomez Tagle, & L. A. Morales Quintero, *Crimen, emociones y castigo* (págs. 43-78). Mexico: Asesoría de diseños normativos S.C.
- Ostrosky-Solis, F., Ruiz, O. A., Arias, G. N., & Vásquez, V. V. (2008). Estandarización de la PCL-R en población penitenciaria mexicana. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* , 49-58.
- Rodriguez, S. C. (1999). Relación y diferencia entre el informe clínico y el informe forense. *Papeles del psicólogo* (73).
- Ross, T., Pfaeffli, F., & Fontao, M. (2007). *Revista Chilena de Neuropsiquiatria*. Recuperado el 20 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v45n4/art03.pdf>
- Ruiz Perez, J. I. (2011). Principios de evaluación psicológica forense. En E. Gomez Tagle, & L. A. Morales Quintero, *Crimen, emociones y castigo* (págs. 16-41). Mexico: Investigacion en asesoria de diseños normativos S.C.
- Ruiz, J., Gómez, I., & otros., y. (2002). Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio. *Revista Colombiana de Psicología* , 99-114.
- Trujillo, M. P. (2005). *La historia clinica criminal*. Mexico D.F.: Alfil.
- Vaca Cortes, J. (2011). Criminología y adolescentes infractores indígenas: Lo que falta por hacer. En L. E. Gomez Tagle, & Q. L. Morales, *Crimen, emociones y castigo* (1 ed., págs. 217-233). Mexico: Asesoría de diseños Normativos SC.
- Vaca cortes, J. (2010). *La máscara del asesino*. Chihuahua: Groppe.
- Varela, M. C. (2008). Percepción de los actores jurídicos en el campo de la reforma procesal penal. *Revista de estudios criminologicos y penitenciarios* (12), 15-31.
- Vargas, Q. I. (2003). La importancia de un dictamen pericial en materia de criminología para una correcta individualización de la pena. *Reforma Judicial. Revista Mexicana de Justicia* . , 93-113.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa. *Ciencia & Trabajo* , 6 (14), 197-201.
- Wortley, R., & Mazerolle, L. (2008). *Environmental Criminology and Crime Analysis*. Portland, Oregon: Willan Publishing.
- Zimbardo, P., Banks, H., & Jaffe, D. (1986). La psicología del encarcelamiento. Privación, poder y patología. *Revista de psicología social* , 95-105.