

PROF. FÉLIX ÁNGELESS, FREDDY CRESPO. CRIM. ZUGER VILLALOBOS. CRIMINOLOGÍA CLÍNICA: EL CASO DE UN INTERNO CON TRASTORNO MENTAL PENADO POR HOMICIDIO. 11-38. REVISTA CENIPEC. 29. 2010. ENERO-DICIEMBRE. ISSN: 0798-9202

PROF. FÉLIX ÁNGELESS  
PROF. FREDY CRESPO  
CRIM. ZUGER VILLALOBOS

**CRIMINOLOGÍA CLÍNICA: EL CASO DE UN INTERNO  
CON TRASTORNO MENTAL PENADO POR HOMICIDIO.**

**Recepción:** 08/12/2009.

**Aceptación:** 16/03/2010.



Prof. Félix Ángeless  
*felixangeless@yahoo.fr*  
Prof. Freddy Crespo  
*frecrepe@ula.ve*  
Crim. Zuger Villalobos  
*sugger45@hotmail.com*  
ESCUELA DE CRIMINOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
MÉRIDA - VENEZUELA

### **Resumen**

Se presenta el caso de un interno con trastorno mental penado por homicidio, favorecido con el beneficio de destacamento de trabajo y hospitalizado para el momento de la investigación en una Unidad Psiquiátrica. Desde la criminología clínica y la fenomenología-hermenéutica, como método no experimental, se describe la influencia del alcohol en la comisión de un hecho delictivo, describiendo la conducta problema, desviada y patológica involucrada.

**Palabras clave:** alcohol, cárcel, clasificación penitenciaria, psiquiatría.

### **Clinical criminology: The case of a mentally ill offender convicted of murder.**

#### **Abstract**

This study examines a mentally ill offender who was convicted of murder and who was on work release, although hospitalized in a Psychiatric Unit, at the time of the research. Based on clinical criminology and hermeneutic phenomenology, a non-experimental method, the influence of alcohol on the commission of a crime is described, focusing on the deviant, pathological and problem behavior involved.

**Key words:** alcohol, prison, penal classification, psychiatry.

## **Criminologie clinique: Le cas d'un interne souffrant de trouble mental et condamné par homicide.**

### **Résumé**

Nous présentons le cas d'un reclus souffrant de trouble mental et condamné par homicide, jouissant du bénéfice de travail remarquable et hospitalisé au moment de l'investigation dans une Unité Psychiatrique. Nous décrivons, sous une approche méthodologique non expérimentale, de la criminologie clinique et de la phénoménologie-herméneutique, l'influence de l'alcool dans la commission d'un fait délictueux, tout en tenant compte du comportement-problème, ainsi que de la déviation et de la pathologie impliquées.

*Mots clés:* alcool, prison, classification pénitentiaire, psychiatrie.

## **Criminologia clínica: O caso de um interno com transtorno mental penalizado por homicídio.**

### **Resumo**

É apresentado o caso de um interno com transtorno mental preso por homicídio, favorecido com o benefício de destacamento de trabalho e hospitalizado no momento da investigação em uma Unidade Psiquiátrica. Desde a criminologia clínica e a fenomenologia-hermenêutica, como método não experimental, se descreve a influência do álcool na comissão de um fato delitivo, descrevendo a conduta problema, desviada e patologicamente envolvida.

*Palavras chave:* Alcool, cárcere, prisão, classificação penitenciária, psiquiatria.

## **Introducción.**

Basta recordar los trabajos de Lombroso y Garófalo, y la consecuente explicación determinista (biológico, genética) de la conducta delictiva para reconocer que el marco de referencia de la criminología clínica en sus inicios está en la escuela positivista. No obstante, es el método fenomenológico-hermenéutico y no estos preceptos, por demás importantes en su momento histórico, los que se toman de referencia en el presente trabajo.

En el presente estudio se describe la expresión comportamental de un homicida, que para el momento de la investigación, se encontraba cumpliendo su pena beneficiado en el Centro de Tratamiento Comunitario (CTC). El seudónimo con el que se nombrará al penado en cuestión, brindando anonimato a su identidad, será “caso José” o en su defecto “José”. El enfoque es particularizado, fenomenológico y hermenéutico, propio del abordaje de la criminología clínica. No se pretende disertar acerca del desarrollo histórico del delito, ni dirimir diferencias teóricas al respecto. Se parte de la premisa de que el crimen es producto no solo de un acto específico de una persona determinada, sino también producto de diversos factores, entre los que se señalan las instituciones generales, los conflictos y procesos culturales, la desorganización social, la opinión pública acerca de la conducta y el castigo, así como la influencia de la familia, amigos y el vecindario. También, las diferencias individuales, entre muchas otras, la habilidad técnica para ejecutar el crimen, las sociopatías, los trastornos mentales, las diferencias heredadas o adquiridas, en relación con los controles internos (inhibiciones) y externos (acceso al objeto del crimen).

### **1.- Delito, homicidio.**

Desde el punto de vista formal se entiende por delito el acto previsto expresamente como punible por la ley (Verde, 2006). Es decir, la ley prohíbe bajo amenaza de sanción ese hecho. De manera que es y será delito la conducta especificada por la ley.

Lo que define a José como autor de este acto criminal y delincuente es lo contemplado en la ley penal. Se introduce la sanción de naturaleza punitiva como consecuencia de un acto o hecho antisocial, siendo esta sanción potestad

de un órgano jurisdiccional. Ahora bien, en la perspectiva criminológica, esté o no contemplado en la ley penal, es considerado delincuente el responsable de un acto que atente contra la sana convivencia o sea definitivamente antisocial; consideración que amplía el campo formal de la definición delictiva a una concepción natural y cultural del acto criminal, lo que en esencia se considera como desviación.

## **2.- Drogodependencia, delito y homicidio.**

Hay delitos donde las sustancias psicoactivas o drogodependencia son un factor condicionante, desde el tráfico y venta hasta el uso de las sustancias, en cualquiera de sus modalidades, legales e ilegales, así como sus consecuencias (Ver, por ejemplo: Castillo, 2009; Avendaño, 2008; Rodríguez, 1989): a) el tráfico de un sujeto no consumidor motivado por la demanda de los consumidores de la sustancia, b) el delincuente funcional que condicionado por el síndrome de abstinencia, tan insoportable que busca aliviarlo con el consumo y para conseguir la sustancia comete delito (McCoun, Kilmer y Reuter, 2003), c) la delincuencia relacional donde el delito ocurre en torno al consumo de la sustancia, como en el tráfico de drogas y compra de objetos robados, y d) la delincuencia inducida, originada por un estado de intoxicación por el consumo con hechos de violencia que pueden llegar al homicidio o suicidio, delitos contra la propiedad, seguridad y los llamados delitos sexuales (Salazar, 2001).

Hay quienes demuestran que la asociación entre consumo y comisión de delito suele ser menos frecuente de lo que se piensa (Crespo y Bolaños, 2008). Sin embargo, no hacen una clara distinción entre consumo y dependencia a las drogas ilícitas, por lo cual sus resultados pueden presentar un sesgo en su interpretación y ajuste a objetivos como los tratados en el actual estudio. A pesar de ello, resulta conveniente resaltar que, a pesar de la evidencia que existe a favor para apoyar la hipótesis causal entre consumo/drogodependencia y comisión de delito, existe un margen de variabilidad en la misma que muchas veces está determinado por condiciones personales, ambientales, entre otras; distintas e independientes al consumo o drogodependencia, pero que aunado a éste catalizan el surgimiento de la acción delictiva.

### **3.- Trastorno mental, delito y homicidio.**

Hay individuos que se ven involucrados en delitos como consecuencia de su conducta patológica o trastorno mental, entendido éste como el estado patológico influenciado por una afección orgánica demostrable o no que afecta el comportamiento normal del individuo, caracterizada por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada (CIE-10, 1995; Freedman, Kaplan y Sadock, 1977). Se podrían considerar algunos elementos predisponentes que atribuidos a su particular padecimiento, en mayor o menor medida acrecentarían los llamados factores de riesgo que pudieran llevarlo a conductas problemas y/o cometer delito (Morales, 2006; Verde, 2006; Freedman y otros, 1977); como en el caso de pacientes con demencia donde es posible observar delitos contra la moral y las buenas costumbres, agresión física contra personas u objetos que en algunos casos pudieran llevarlo al homicidio; pacientes esquizofrénicos que pueden presentar algunas conductas problemas como el abandono de su propio grupo familiar, el vagabundeo errático y solitario, con la consecuente detención policial, como también ocasionar lesiones graves a terceros, pudiendo llegar incluso al homicidio como producto de sus ideas de perjuicio y daño. O, en casos extremos, planificar atentados contra sus supuestos perseguidores o victimarios, ejecutándolos con pleno convencimiento de estar defendiendo su integridad o de hacer justicia, aunque sea por sus propias manos.

Los sujetos con trastornos de personalidad, muy en particular los trastornos de personalidad antisocial, son los que con más frecuencia se ven involucrados en delitos. Pero por su complejidad y mal pronóstico son un capítulo aparte dentro de los trastornos mentales. El trastorno de personalidad antisocial se caracteriza por manifestarse como un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social con los otros, franco carácter antisocial, desencadenante de un desajuste social gradual que al final convierte al individuo en un verdadero inadaptado social y con un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, convirtiéndose en una amenaza para sí mismo y para los otros (CIE 10, 1995; Lozada, 1991; Kernberg, 1987; Freedman y otros, 1977). Muy por el contrario, los

pacientes con un retraso mental, rara vez aparecen como agentes activos o autores intelectuales de una acción delictiva; por lo general son agentes cooperadores, inducidos o manipulados por individuos “inteligentes” que se aprovechan de su condición.

Debe recordarse que todo neurótico conserva un grado suficiente de integridad mental que le permite un mayor control en sus acciones ante situaciones de gran tensión o de sobre exigencia emocional y, con ello apreciar el valor de sus actos. No obstante, estos mecanismos de control en algunas circunstancias experimentadas resultan inefectivos, surgiendo como consecuencia el arrebató explosivo protagonizando acciones violentas o descargas emocionales incontroladas, con sus consecuencias no deseadas.

#### **4.- Delito, homicidio, trastorno mental e inimputabilidad.**

El término trastorno sugerido y utilizado en la CIE 10 (1995) pretende evitar los problemas que pudieran plantear la utilización de conceptos como “enfermedad” y “padecimiento”, y evitar incluir disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales. Aun no siendo preciso el término “trastorno mental” permite: “señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo” (p.25-26).

La presencia de un trastorno mental en el sujeto que comete delito y, su afectación de las facultades intelectivas y volitivas, va a repercutir a la hora del juez establecer una sentencia condenatoria o absolutoria y su correspondiente medida de seguridad tal como se expresa en los artículos 62, 63 y 64 del Código Penal (República Bolivariana de Venezuela, 2005).

En el contexto del caso José, el término de inimputabilidad refiere entender ésta como la falta de responsabilidad penal, debido a que el actor presenta ciertas condiciones físicas y mentales (trastorno mental) en la comisión del hecho delictivo, pero además bajo intoxicación alcohólica. De manera que de acuerdo con el artículo 62 del Código Penal: “no es punible el que ejecuta la acción hallándose dormido o en estado de enfermedad mental suficiente para privarlo de la conciencia o de la libertad de sus actos...”.



Cuando el trastorno mental referido en el artículo anterior sea tal que atenúe en alto grado la responsabilidad, sin excluirla totalmente; la pena establecida para el delito o falta se rebajará conforme a las reglas señaladas en el artículo 63. Por su parte, si el estado de perturbación mental del encausado en el momento del delito proviniera de embriaguez, se atenderán a las reglas del artículo 64 del Código Penal.

En este sentido, el trastorno mental como causa de inimputabilidad requiere pruebas de experticia en la materia, las cuales están igualmente sometidas a la discrecionalidad del juez y a la crítica de la contraparte, situación que reduce el carácter vinculante del resultado de la experticia en la que se determine la situación mental del imputado.

### **5.- La criminología clínica.**

La criminología, de forma muy sucinta, pudiera decirse que, es un ejercicio científico en cuanto pretende establecer conocimientos verificados acerca del delito, la ley, el tratamiento y la prevención de los sujetos que transgreden la norma o violentan las leyes. De manera que permite a los que caminan por su senda, como dijera Sutherland (citado por Irurzún, 1971:23), el estudio del crimen como un fenómeno social, cuyo objeto son los sujetos que violan las leyes, su ulterior castigo y tratamiento, así como todas las medidas que pueda desarrollar la sociedad como un todo en orden a la prevención.

Históricamente, la criminología clínica se remonta a los trabajos realizados por Lombroso, Ferri y Garófalo y, continuados en Italia por Ottolenghi, De Santis y Di Tullio. Uno de los intentos de aplicación masiva de los principios de criminología clínica se reconoce en el Centro Nacional de Orientación, en Francia, Fresnes, en la clasificación de los criminales y elaboración de su diagnóstico. En Japón, durante 1970, el trabajo clínico llegó a convertirse en un procedimiento casi rutinario en las cárceles. En Latinoamérica, el trabajo clínico criminológico lo hizo ver por primera vez Pinatel. Por su parte, Wolfgang y Ferracuti (1988:60) realizan un recuento nada criticable de la historia de la clínica criminológica resaltando su evolución en varios países. Lo que no parece corresponderse con el poco interés observado en la actualidad en la práctica de las técnicas de la criminología clínica.

Hay quienes sostienen que toda criminología constituye una cierta clínica (Manzanera, 2005:63), ya que para indagar y encontrar las causas del delito se considera como objetivo examinar los casos particulares, el contexto y las circunstancias, así como la reactividad del individuo, propiciando un entendimiento entre el delito y las causas de las conductas criminales. Para el criminólogo clínico la observación directa permite en los primeros minutos de la entrevista la valoración de la persona, considerando técnicamente los aspectos que por obvios suelen subestimarse como la apariencia y conducta, el estado de conciencia, el afecto y la actividad psicomotora (Bernard y Brisset, 1969:83) de extrema importancia para el criminólogo clínico por sus implicaciones no verbales. El dialogo o la conversación dirigida permite la indagación no solo de las demás funciones mentales, sino la exploración que permite acceder a las experiencias internas y ocultas del entrevistado. Además de considerar, aun de manera formal, la prescripción de un tratamiento criminológico que, en este caso, nada tiene que ver con el tratamiento médico.

Por su parte, la criminología clínica es una criminología multidisciplinaria que de manera integrada y conjunta aplica técnicas clínicas para el estudio particular en cada caso, de acuerdo a la consideración de múltiples factores: biológicos, psicológicos y sociales de la conducta, sea esta conducta problema, desviada o patológica, identificando cuáles de estas circunstancias hacen que el individuo cometa un delito al convertirse su conducta en delictiva; ocupándose también de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico personalizado, además de procurar, o más acertadamente propiciar, su reinserción a la comunidad (Pinatel, 1989; Wolfgang y Ferracuti, 1988; Di Tullio, 1963).

La intervención criminológica hace referencia al conjunto de acciones y políticas que basadas en un diseño científico, intentan explicar, diagnosticar, controlar y prevenir el delito, tanto en un contexto social, familiar como individual. La criminología clínica en la intervención del caso estudiado plantea cuatro momentos en su recorrido:

√ *El diagnóstico criminológico sugerido:*

Todo delito tiene como responsable un delincuente y éste es una individualidad biológica, psicológica y social, en donde incluso tratándose de más de un

sujeto involucrado en un mismo delito, cada uno llega de un modo distinto a la comisión del hecho delictivo, por lo que la descripción, conocimiento y comprensión de este individuo debe hacerse desde su historia personal, familiar, comunitaria o social, lo que permitiría brindar una impresión diagnóstica criminológica en cuanto a las características de su personalidad criminógena generadora de la conducta delictiva.

√ *El tratamiento criminológico:*

Por tratamiento criminológico debe entenderse (despojando el término de su connotación ideológica médico biológico) la acción individual que intenta modelar la personalidad del delincuente, con el fin de apartarlo del delito, sin vulnerar sus derechos humanos fundamentales; acción que no sólo aplica a individuos privados de libertad o que sin estarlo tengan la condición de delincuente, pues la sola noción de control y prevención amplía el campo de acción de la intervención individual, valiéndose para ello de un conjunto de elementos, normas y técnicas que se requieren para que el delincuente participe de la reestructuración de su conducta desviada o delictiva, procurando hacerse apto y productivo en su reinserción a su núcleo social (Lykken, 2000; Pinatel, 1989).

El tratamiento criminológico y/o penitenciario no es procedente en todos los casos (Manzanera, 2005:75). Hay internos que no son susceptibles de un tratamiento o intervención penitenciaria por la sencilla razón de no contar con el personal adecuado, o cuando el delincuente es refractario al tratamiento como pudieran ser los psicópatas y habituales multireincidentes, o cuando por su moralidad y dignidad el sujeto no lo necesita. Cuando, como en caso extremo, la pena de muerte no lo permite.

√ *El pronóstico criminológico:*

El diagnóstico y la intervención criminológica (en su defecto el tratamiento penitenciario) es punto de partida para el pronóstico. Éste, hace referencia a la reincidencia; por lo que el pronóstico clínico criminológico:

“es una afirmación sobre la futura conducta de un individuo o de un grupo, referida a la observancia de la ley. En éste, pueden

incluirse también otros pronósticos procedentes de determinados campos parciales de la criminología” (Manzanera, 2005, p. 71).

### √ *Medidas preventivas criminológicas:*

Son las estrategias de prevención que tienen por objeto tratar de evitar nuevos comportamientos delictivos, la reincidencia delictiva y la persistencia en el delito.

### **6.- Objetivos clínico criminológicos en el caso José:**

**a)** Desarrollar la historia criminológica del caso José, identificando los posibles factores criminógenos, **b)** Revisar, los informes presentados por otros especialistas o técnicos como psiquiatra, abogado y **c)** Realizar una síntesis criminológica, formulando una impresión diagnóstica criminológica sugerida, enunciar un plan de intervención criminológica y un pronóstico criminológico.

### **7.- Método, fenomenología-hermenéutica y clínica.**

Los métodos fenomenológico, hermenéutico y etnográfico son fundamentales dentro del enfoque cualitativo. La clínica en su ejercicio es por definición cualitativa. Por su parte, la criminología clínica como área de la criminología es la que más apropiadamente acerca al criminólogo al estudio de caso, afianzando lo fenomenológico y hermenéutico en la percepción del estudio del caso José, pues más que formar parte de la realidad de este sujeto de estudio (método etnográfico), se observa, describe e interpreta sus vivencias, el curso de su conducta y los cambios operados en ella hasta llegar a la comisión del hecho delictivo, así como su conducta post delito.

El método fenomenológico, como praxis clínica en el caso José, se remonta a Jaspers (1946), quien ya resaltaba la importancia de una cuidadosa descripción de las experiencias subjetivas de los individuos, basada en un esfuerzo de empatía, cualidad fundamental para el desempeño del criminólogo clínico, quien haciendo uso de la técnica de la entrevista toma como punto de partida el relato del sujeto intentando ir a las cosas mismas, tal como Husserl, precursor de la fenomenología, lo señalara, sugiriendo aprehender los fenómenos de conciencia tal como los experimenta el sujeto y a través de su propio relato,

sin que la interpretación o la teorización de las mismas interfieran su captación al momento de la observación o durante la entrevista (Vera 1973:77).

De manera que el conocimiento que brinda este ejercicio fenomenológico lleva inexorablemente a la criminología clínica al griego antiguo en lo que respecta al concepto del término *hermeneia* que señala la posibilidad de interpretar no solo el mensaje del discurso ordenado, sino también lo referente a su contexto, de manera que el interprete además de repetir el mensaje lo hace comprensible en el “aquí y ahora” o luego de ocurrido el evento o fenómeno en cuestión. Ya Gadamer (1975) hacía referencia a una “hermenéutica universal” pertinente a la comprensión general que del mundo tienen los humanos, con la consecuente pregunta universal que permite la comprensión de ese mundo como respuesta a esa pregunta.

Tanto en la praxis de la vida cotidiana, de la actividad científica, como en el “quehacer” criminológico se interpreta a partir de los presupuestos y teorías que se tengan, y que no por ser subjetivos son arbitrarios. La observación pura, aséptica, tal y como la pregonaba el positivismo no es posible; en esto parecen estar de acuerdo científicos y filósofos (Popper, 1984). A esto se refería Nietzsche (1987) con aquello de que no hay hechos sino solo interpretaciones. Los hechos no hablan por sí solos es el criminólogo clínico quien los hace hablar con la interpretación que les da desde sus presupuestos y teorías criminológicas, no obviando (Wittgenstein, 1953) que el significado de las palabras depende de los hablantes, de la utilización que de ella hace cada uno de los involucrados (entrevista criminológica).

## **8.- Recursos de la criminología clínica en el caso José:**

**a)** Referencia de la criminóloga del CTC encargada del caso José, **b)** Expediente del caso (sentencia), **c)** Historia psiquiátrica (intervención de especialistas), **d)** La observación directa e indirecta de José (por los responsables del estudio) y **e)** La historia criminológica (guion semi-estructurado).

### **9.1.- Historia criminológica caso José.**

√ *Datos de identificación:* José es un hombre nacido en Febrero de 1983 en un área rural del Estado Mérida. Para el momento de la entrevista tenía

26 años de edad, soltero, con instrucción básica incompleta (cursó hasta el tercer grado), su única ocupación laboral ha sido la de obrero, desempeñándose en la agricultura. Refiere ser “católico” y como actividad recreativa o de “ocio” señala la ingesta de bebidas alcohólicas de forma ocasional los fines de semana.

√ *Motivo de la entrevista (ME)*: Se trata de un penado por homicidio a once (11) años y cuatro (4) meses de cárcel, a quien debido a su comportamiento en el Centro Penitenciario Región Andina (CPRA), su anterior y única reclusión, se le otorga una medida alternativa en el cumplimiento de su pena, bajo el beneficio de destacamento de trabajo, pernoctando en el CTC del Estado Mérida. Durante los meses de permanencia en el CTC los custodios refieren observar a los pocos días de su llegada, un comportamiento inadecuado para con ellos y las demás personas. La criminólogo a cargo del caso en el CTC reporta por escrito la situación, por lo que es referido por un Tribunal Penal a la Unidad Docente Asistencial de Psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) para su valoración, dando como resultado su hospitalización en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA), donde permanece, para el momento de la investigación, algo más de dos meses.

√ *Problema actual (PA) o Situación actual (SA)*: El PA se inicia en Marzo de 2004 en una concentración político partidista en la plaza del pueblo más cercano a la casa de habitación de José. Para ese momento se encontraban en las inmediaciones de la plaza del pueblo gente venida de diferentes lugares aledaños y retirados del pueblo. Como ya era costumbre en otros actos públicos, buena parte de los hombres asistentes ingerían licor formando pequeños grupos. En un banco de la plaza se encontraba José, solo, como de costumbre, en esta ocasión ingiriendo licor de una “*bombona de miche claro*” que él se había comprado. Uno de sus hermanos, que también andaba en el lugar se acerca a José en compañía de unos conocidos formando un grupo alrededor de la banca donde éste se encontraba sentado. Conversan entre ellos, echan bromas e ingieren licor. José observa callado. De parte de uno de los que recién llegaba con el grupo surge la idea de hacer una apuesta “*haber quien toma más miche de un solo trago*”. Todos se ríen y algunos

miran a José insinuándole que no era capaz de aceptar el reto. Uno de los que se reía dirigiéndose a él le pregunta si tenía miedo, insistiendo en “*haber quien bebe más*”.

Los demás con sus comentarios y risas presionan a José, quien decide aceptar el reto. La persona que con él hace la apuesta le sugiere que comience primero. José acepta y se toma su trago largo de “*miche*”. Una vez cumplida su parte de la apuesta los demás “comenzaron a reírse” y la persona que le había planteado la apuesta, riéndose, rehúsa tomarse el trago de “*miche*” como se había acordado y se burla junto a sus compañeros; esto disgustó “*mucho*” a José quien molesto responde a las risas y burlas golpeando en el pecho y empujando al sujeto que hizo la apuesta y “*no tomó el trago de miche*”. Éste otro, responde con agresión verbal (insulta con groserías) y física, sacando de la cintura su cuchillo ataca a José produciéndole herida punzo penetrante en el muslo derecho y el hemi-tórax anterior derecho. Viéndose herido, José, se defiende de la agresión, también saca su cuchillo y acuchilla al otro en el pecho (hemi-tórax izquierdo, área precordial).

Como los hechos se suscitan en la calle, en un acto público, la gente se aglomeró alrededor de los heridos gritando y pidiendo ayuda. La policía del pueblo se hace presente, ocupándose de la situación; confirma el fallecimiento de uno de los “heridos”, mientras asisten a José que yacía en la vía. Los policías se llevan a José para ser atendido en el ambulatorio y de allí es referido al IAHULA a donde llega en compañía de algunos de sus familiares, permaneciendo hospitalizado una semana para luego ser remitido al retén policial de Glorias Patrias ubicado en la capital del Estado.

José es llevado a su primera audiencia donde una vez evaluadas las pruebas en su contra es trasladado al CPRA ubicado en San Juan de Lagunillas en el Estado Mérida. Transcurrido un año de lo ocurrido José es sentenciado a once (11) años y cuatro (4) meses de cárcel por “*Homicidio simple en riña cuerpo a cuerpo y porte ilícito de arma blanca*”. Transcurridos cuatro años en el CPRA, obtiene el beneficio de destacamento de trabajo, por no dar problemas, ser muy callado y al parecer “*tener buena conducta*”. La hermana menor de José señala:

“todos siempre hemos sido muy unidos, cuando a mi hermano lo metieron preso mi papá se puso muy mal y a todos nos pegó mucho. A la cárcel íbamos todos los domingos a visitar a mi hermano, siempre estábamos todos juntos para que él no se sintiera mal”

Es trasladado al CTC donde cumple la rutina pautada para los residentes, saliendo a trabajar de 8 am a 6 pm como obrero de una empresa constructora de la localidad, retornando a las 6,30 pm a pernoctar a las instalaciones del CTC, no pudiendo visitar a su familia ni ausentarse por las noches. La permanencia de José en el CTC, una vez de retorno por las tardes, se caracterizaba por permanecer aislado de los residentes y custodios. La criminólogo que lleva el caso de José refiere que *“los funcionarios de custodia quienes están constantemente observando a los residentes manifiestan que José tiene una actitud agresiva, cambios de humor repentino, falta de ubicación en tiempo y espacio, lenguaje incoherente, no se integra al grupo, se aísla completamente, cuando se le llama la atención o se le hace alguna observación responde de forma altanera, incoherente y vocifera palabras obscenas y amenazas”*.

El personal del CTC solicita su traslado para su evaluación. El Juez a cargo del caso dicta una medida humanitaria y José es hospitalizado en la Unidad Psiquiátrica de Agudos (UPA) previa valoración por psiquiatra. La impresión diagnóstica fue *“Trastorno de ideas delirantes esquizofreniforme orgánico”*; recibiendo como tratamiento farmacológico antipsicóticos atípicos y tranquilizantes menores. Los dos primeros meses en la UPA la evolución de José fue tórpida debido a la persistencia de la sintomatología psicótica. El Residente de psiquiatría responsable del caso señala que éste *“en ocasiones amanece perturbado, hostil, aislado, poco colaborador con las enfermeras y demás personal que allí labora, algunas veces impresiona que tiene ideas delirantes y se pone muy agresivo”*.

Una de las hermanas del entrevistado refiere que vivieron toda su vida en una pequeña hacienda propiedad de su padre, la que tuvieron que vender debido a la presión generada por la familia de la víctima del homicidio que con frecuencia los amenazaban de muerte, y la abogada defensora de José quien por conducir el caso, al parecer, cobró la suma de siete mil bolívares, cancelado en su



totalidad con el dinero obtenido por la venta de la hacienda. Por lo que el padre tuvo que cambiar de residencia con algunas de sus hijas y su hijo mayor, ya que dos de ellas se fueron, una a vivir a la ciudad de Mérida.

√ *Personalidad pre-problema (PPP)*: José se define a sí mismo como muy “callado” y “tranquilo”. “*Nunca había tenido problemas así, yo siempre me he portado bien y me la pasaba trabajando*”. Una de sus hermanas refiere que José “*habla poco, es delicado y se molesta de nada*”.

√ *Fuentes de información*: José, hermana de José, residente de psiquiatría y enfermera de José en la UPA, la historia psiquiátrica, el expediente del caso José (sentencia), referencia de la criminólogo del CTC.

√ *Historia personal (HP)*: **a)** Antecedentes patológicos: Episodios de asma durante la infancia. Hospitalizado en el IAHULA por PA; **b)** Infancia y adolescencia: Su hermana menor manifiesta que él “*fue el más consentido de todos, cuando era pequeño dormía en el medio de papá y mamá*”, y cuando la madre falleció José siguió durmiendo con su padre. Refiere no haber tenido amigos durante su niñez por lo que la mayor parte del tiempo estaba solo y aislado de los demás. Su hermana también señala que durante la adolescencia “*tenía muy mal carácter, todos en la casa hacían lo que él pidiera para no escucharlo gritar*”. De adulto también refiere haber tenido muy pocos amigos, su principal distracción era el consumo ocasional de “*miche claro*”; **c)** Educativos: La hermana menor manifiesta que José de niño “*no tenía amigos, se la pasaba solo en la clase*”, “*la maestra nos decía que lo pasaba de año por lastima a que se retrasara de los demás niños, pero que leía con mucha dificultad*”. Él dejó los estudios porque la escuela quedaba retirada del hogar y cuando niño le daba mucho miedo irse solo, y para que asistiera tenían que obligarlo. José refiere “*estudie hasta tercer grado porque no me gustaba la escuela*”; **d)** Laborales: Su actividad laboral ha estado vinculada con la agricultura, “*he trabajado desde pequeño.... He trabajado sembrando yuca, maíz y otras cosas. Mi papá no me daba nada de plata y yo trabajaba por fuera también y me pagaban 5 Bs. (no fuertes) al día, depende de lo que hiciera*”; **e)** Sexuales: Se inicia sexualmente con prostituta. A los 17 años tuvo su primera y única novia, relación que dura dos años debido a que “*ella vivía muy lejos*”; **f)** Hábitos

psicobiológicos: Consumo de alcohol (miche) desde la adolescencia. En el tiempo que estuvo en el CPRA refiere consumo experimental de marihuana en una oportunidad; **g)** Ambiente socioeconómico: Su padre es la principal fuente de ingreso en el hogar. Antes de su PA ayudaba a su papá en algunas haciendas de A. Durante el tiempo que permaneció en el CPRA sus hermanas y su padre lo visitaban llevándole dinero. En la UPA era visitado semanalmente por su hermana menor, la única que vive en Mérida y encargada de llevar las medicinas; **h)** Legales: *“Estuve cuatro años en la cárcel de Lagunillas porque mate a un señor de A, él y yo teníamos 20 años cuando eso paso. Ese día estábamos tomando en una plazuela, eran como las 6 de la tarde.... Lo mate con un cuchillo. Eso fue en Marzo del 2004”*.

El expediente del caso José (garantizando el anonimato se omiten el número del expediente y el nombre de las partes involucradas) señaló lo siguiente: “En Funciones de Juicio N° 02 del Circuito Judicial Penal del Estado Mérida, administrando Justicia en Nombre de la República Bolivariana de Venezuela y por Autoridad de la Ley hace los siguientes pronunciamientos: PRIMERO: CONDENA al acusado... de 20 años de edad, agricultor... a ONCE (11) AÑOS Y CUATRO (04) MESES DE PRESIDIO, como autor responsable del delito de: HOMICIDIO SIMPLE EN RIÑA CUERPO A CUERPO Y PORTE ILICITO DE ARMA BLANCA”.

En el caso de José se realizaron cuatro apelaciones a la sentencia impuesta por el Juzgado correspondiente, siendo todas rechazadas. A los cuatro años de estar en el Internado Judicial, José obtiene el beneficio de Destacamento de Trabajo.

√ *Historia familiar:* José presenta antecedentes familiares de enfermedad mental (no precisan cual) de parte de sus abuelos paternos, causa aparente de la muerte de los mismos. Una prima falleció de cáncer (se desconoce información). Un tío paterno *“mato a un sujeto y estuvo muchos años en la cárcel”*, pero no recuerda cuantos años. Refiere que en su familia *“los hombres”* suelen ingerir bebidas alcohólicas. Niega otros antecedentes familiares de importancia. Es una familia formada por un padre de 70 años y ocho hijos (seis hembras y dos varones), dos casadas, dos en concubinato y el resto sin parejas ni hijos, incluyendo a José. La madre falleció a los 30

años de edad en el parto de su hija menor. Su padre con un fuerte vínculo con sus hijas solteras y José.

√ *Parámetros familiares* (Silva, C., 1998): La familia de José es aparentemente amalgamada, pues siendo todos sus miembros muy unidos e involucrados, esta posee límites y jerarquía entre ellos. Durante la infancia de José, sus hermanos y su padre estuvieron al cuidado de él, “*complaciendo sus gustos para no verlo enojado*”. La **Jerarquía** de la familia está precedida por el padre, quien ha dirigido y dado sustento al hogar, y por quien sus hijos evidencian respeto. Próxima a la posición jerárquica del padre se ubicaba José, a quien sus hermanos le tenían miedo debido a su agresividad cuando se disgustaba. Éste les lanzaba cualquier objeto que encontrara y por eso “*le hacíamos caso en todo*” para evitar ser agredidos.

Jerarquía familiar = Padre  $\geq$  José (hijo) > Hijo mayor > Hijas

El **territorio**, referido al espacio que abarca cada uno de los miembros de la familia, pero no en términos de espacio físico, sino en cuanto a quien de los miembros es más central y quien o quienes marginales, difiere un poco de su composición jerárquica, debido a que en el centro de esta familia, se ubica José por su “comportamiento extraño”. El territorio se expresaría así:

Marginal  $\leftarrow$  Central  $\rightarrow$  Marginal

Hermano mayor < Padre < **José** > madre (fallecida) > hermanas

Los **límites** inter-generacionales de la familia son definidos, Las funciones cumplidas por los padres son diferentes a los hijos. No obstante, luego del fallecimiento de la mamá las hembras asumen el rol de amas de casa. Los límites intra-generacionales tienden a ser difusos en el caso de José quien por su comportamiento extraño, baja tolerancia y agresividad, subordinaba a sus hermanos. En esta familia no se observan **alianzas** que demuestren posibles coaliciones (que tiene por finalidad unirse en contra de un tercero) entre sus miembros. Sin embargo, la relación del padre con su hijo (José) pudiera verse como una alianza positiva, en cuanto busca protegerlo.

La **geografía** de la familia se circunscribe a un pequeño caserío, en el U, lejos del pueblo de A, una vivienda rural de tres habitaciones, una compartida

por José y su padre, una de las hermanas y otra del hermano mayor; casa desprovista de los servicios básicos, haciendo sus necesidades fisiológicas fuera de la vivienda. El espacio del comedor y la cocina era el sitio de reunión de la familia tres veces al día (en el desayuno, almuerzo y cena). Por su parte, las hembras realizaban sus actividades en casa y los varones labores del campo. Una de las hermanas refiere que José “*corría por los matorrales cerca de la casa gritando que lo venían persiguiendo y que lo iban a matar, al llegar a su casa tenían que abrazarlo y consentirlo para que se le pasara la crisis*”. Situación que se repitió en muchas ocasiones.

## 9.2.- Examen clínico criminológico del estado mental de José\*.

En las primeras entrevistas, realizadas en horario matutino en el patio central de la UPA, se dieron interrupciones por parte de otros pacientes. José se percibe con una edad mayor a la cronológica (25 años), apariencia desarreglada, deficiente higiene personal, sus zapatos sin cordones, pantalones amarrados sin correa. En cada una de sus muñecas lleva hilo con nudos de los que refiere le dan protección sin dar explicación del cómo ni el por qué. José estuvo poco colaborador en las primeras entrevista, distraído, en ocasiones refería no entender por lo que había que repetirle las preguntas. Lenguaje de tono bajo con tendencia a la bradipsiquia, perseverante, verbaliza repitiendo “*soy inocente*” y “*quiero irme con mi familia*”, repetía “*ayúdeme, no quiero volver al CTC porque allí no me gusta estar*”. Hubo sesiones en las que José se negó a ser entrevistado y se limitaba a decir “*no quiero hablar*”; durante las entrevistas estuvo desorientado en tiempo, con hipertimia displacentera hacia la tristeza y en ocasiones irritabilidad. No evidenció durante las entrevistas alteraciones sensorio perceptivas. Pero si un juicio adecuado con lo relacionado a su PA y una introspección ausente con respecto a su trastorno mental.

√ *Impresión diagnóstica psiquiátrica de José (Tomado de Historia Psiquiátrica): Eje I: F06.2 Trastorno de ideas delirantes (Esquizofreniforme) orgánico; Eje II: Sin diagnóstico; Eje III: Sin diagnóstico; Eje IV: Z59 Problemas legales y Eje V: 70%.*

\* Para efectos del artículo se reúnen en una sola redacción los datos positivos de los diferentes momentos de la evaluación de su estado mental.

√ *Impresión diagnóstica criminológica sugerida del caso José:* **1)** Presencia de conducta patológica desde la infancia, **2)** Aislamiento de las instituciones de socialización primaria y secundaria, **3)** Contexto cultural rural del uso del cuchillo (machete) y alcohol, **4)** Proceso penal susceptible de ser revisado y **5)** Penado susceptible de tratamiento y seguimiento por psiquiatría.

√ *Tratamiento criminológico sugerido:* **1)** Identificar e intervenir los factores de riesgo propiciadores de conducta desviada o delictiva en el contexto cultural rural de José, **2)** Redimensionar y reforzar los vínculos con instancias de socialización primaria y secundaria, **3)** Referir a asesoría legal a propósito de su condición de la pena y **4)** Sensibilizar a José y su familia acerca de la importancia del tratamiento psiquiátrico como estrategia para evitar reincidencia en conductas desviadas y delictivas.

√ *Pronóstico criminológico:* Buen pronóstico. José cuenta con un buen grupo primario de apoyo (familia). Con muy buena disposición al trabajo, al igual que otras veces, en compañía de su padre. Introspección completa en cuanto al homicidio cometido por él y las implicaciones legales de este delito. Si algo tienen claro José y su familia es que no están dispuestos a repetir la experiencia (reincidencia) consecuencia del homicidio y su encarcelamiento. Pero, introspección ausente con respecto a su trastorno mental, aun no cree que la medicación y el control psiquiátrico sean necesarios para él, lo que condicionaría una posible recaída, además de su reactividad como respuesta al medio y factores de riesgo.

## **10.- A manera de discusión desde la Criminológica Clínica.**

José desde su infancia evidenció síntomas y signos característicos de trastorno mental y sin ningún tratamiento especializado. La perspectiva psicoanalítica, antropológica y criminológica señala la importancia del ambiente y su traducción a nivel personal como modo de vida. En José, además de una socialización mediatizada por su tendencia a aislarse, su trastorno mental condicionó “*el proceso mediante el cual los individuos pertenecientes a una sociedad o cultura aprenden a interiorizar un repertorio de normas, valores y formas de percibir la realidad, que los dotan de las capacidades necesarias para desempeñarse*” (Hirschi, 2003: 46) en su medio. La personalidad de José se

desarrolla inseparable de las instituciones primarias, con una familia que convive y sobrevive al trastorno mental de éste reforzando la manera disfuncional que José tiene de establecer sus transacciones con los otros, una escolaridad (educación) que no logra su cometido dado que por su aislamiento, ideas delirantes de perjuicio, alucinaciones y muy baja tolerancia a la frustración, sale del sistema a los 8 años; inseparable de las instituciones secundarias donde no solo comparte con los suyos la religión católica, mitos, valores e ideología, sino también el contexto cultural del uso del cuchillo y machete como herramienta de trabajo y de lo cotidiano, y el contexto cultural del etilismo en los varones, ocupando gran parte de sus ratos de ocio los fines de semana y del cual José termina siendo víctima y victimario.

Sin duda alguna José comete un delito, causa la muerte de otro semejante, por tanto se convierte en homicida. Pero ¿es este evento el resultado de la conducta de una típica personalidad homicida? La historia criminológica de José no refiere antecedentes policiales, tampoco haber tenido problemas con instancias legales o de control social. El hecho se da en un lugar público, la única plaza del pueblo, donde José se encontraba solo en una banca bebiendo, bajo efectos del alcohol. Éste en ningún momento había considerado matar o pelear con alguien, y de su relación con la víctima, no se reportó ni conoció entre ellos, alguna desavenencia previa que no fuera la de esa tarde de provocación, burla, empujones, cuchillos y muerte. Una discordia por un trago de alcohol, motivo trivial, entre quienes estaban bajo los efectos del alcohol, y en donde uno de ellos, José, aislándose, trataba de manejar su patología, dada entre otros síntomas por su bajo nivel de frustración, escasa tolerancia y dificultad para establecer relaciones no amenazante de parte del ambiente. Pero, esta vez se encontraba intoxicado por el alcohol, además de verse sometido a la presión de grupo lo que muy probablemente contribuyó a que además de su ya frecuente alteración de la realidad (cuadro 1) se diera una franca alteración del juicio defendiéndose instintivamente sin lograr considerar las consecuencias, por lo que actuando en defensa propia se convierte en homicida.

A continuación se presenta el Cuadro 1, el cual describe lo que denominamos como el cuadro sinóptico de José:

| <b>Parámetro comportamental</b>      | <b>Fenomenología</b>  | <b>Pautas diagnósticas (CIE-10)</b>   |
|--------------------------------------|---|---|
| <b>Conducta patológica</b>           | Abuelos paternos “enfermos de la cabeza”  | Antecedentes familiares de trastorno mental   |
| <b>Conducta problema</b>             | A los 5 años fallece su madre. Desde entonces duerme en la misma habitación y cama con su padre debido a que le producía miedo dormir solo  |   |
| <b>Conducta patológica</b>           | <u>Edad escolar y Adolescencia:</u><br>Aislado, retraído y sin amigos.<br>Miedo a estar solo fuera de casa, refería que alguien lo perseguía para matarlo...<br>Irritable, agresión verbal y física.  | Ideas delirantes de persecución.<br>Alucinaciones   |
| <b>Conducta desviada</b>             | Esparcimiento y ocio caracterizado por consumo de alcohol fines de semana   |   |
| <b>Conducta aparentemente normal</b> | Inicio sexual con prostituta (17 años)<br>Primera y única novia a los 18 años.  | Conciencia y memoria sin afectación   |
| <b>Conducta delictiva</b>            | En estado de embriaguez (20 años) en riña callejera a cuchillo es herido y da muerte a su agresor.  | Los pacientes con trastornos del tipo esquizofrenia suelen abusar de sustancias psicoactivas. |
| <b>Conducta problema</b>             | Consumo experimental de cannabis en una oportunidad en el CPRA.   |   |
| <b>Conducta patológica</b>           | <u>permanencia en el CPRA:</u><br>aislado, retraído y sin amigos<br>Síntomas psicóticos<br><u>permanencia en el CTC:</u><br>aislado, retraído y sin amigos<br>irritable, agresivo y violento<br>Síntomas psicóticos<br><u>permanencia en la UPA:</u><br>Síntomas psicóticos | Ideas delirantes de persecución.<br>Hipertimia displacentera<br>Alucinaciones                 |

José, muy probablemente, pasa desapercibido como paciente psicótico al no recibir estímulos agravantes de su sintomatología y no ser sometido a presión. Pasó desapercibido, como quedó demostrado, para las diferentes instancias de control social formal (policía, tribunales, fiscalía, el equipo técnico del CPRA, entre otras), llevando a obviar durante cuatro años su trastorno mental, condición suficiente para, como lo contempla la legislación venezolana, ser inimputable. Lo que pudiera estar demostrando la inexistencia, en dichas instancias, de un personal entrenado, con la experticia suficiente para identificar y describir comportamientos y conductas patológicas en actividades delictivas.

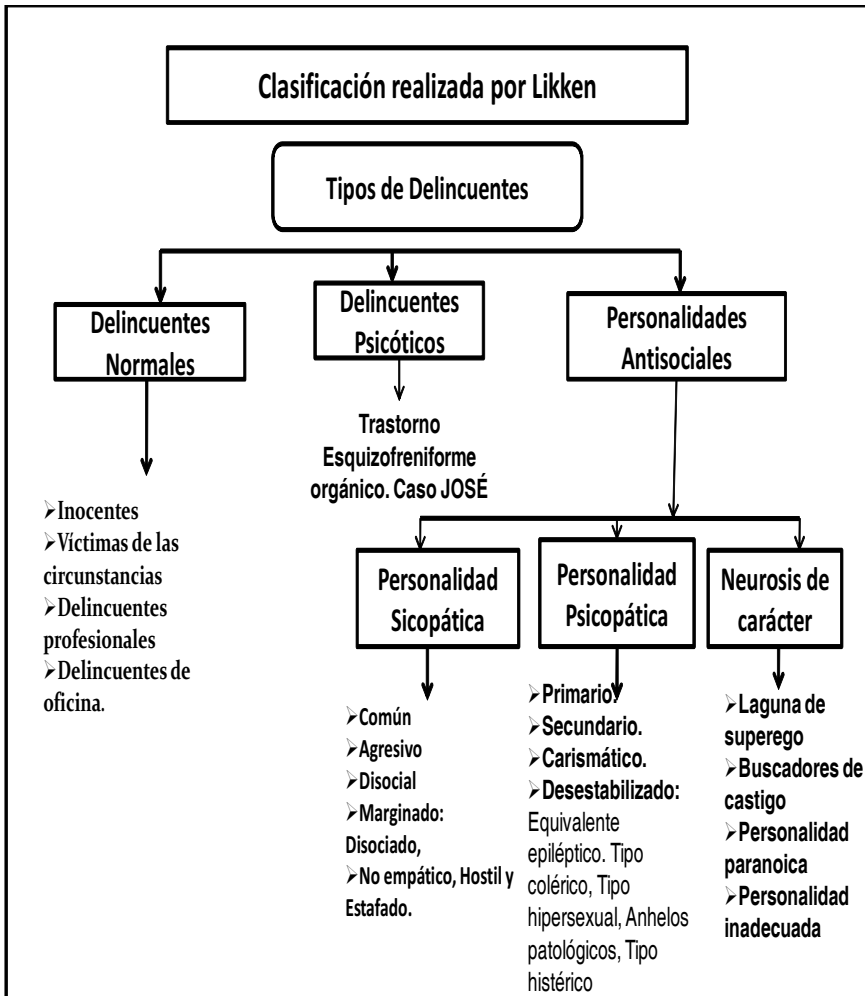
### **11.- Clasificación e intervención penitenciaria: semiología criminológica ¿mito o realidad?**

Una de las clasificaciones reportadas más importante, y de utilidad en el caso estudiado desde la perspectiva de la criminología clínica, es la clasificación de delincuentes realizada por Likken (2000), en la que se señalan tres grupos (cuadro 2): los delincuentes normales (sin patología demostrable y proceso de socialización adecuado), los delincuentes psicóticos (evidente dificultad para adaptarse a la circunstancias por ruptura o falsa percepción de la realidad) y los delincuentes con personalidad antisocial (familia disfuncional, patrón de sociabilidad mal estructurado y entorno disocial). En el grupo de los psicóticos es donde José se ubica, ya que su condición de victimario u homicida va a estar predispuesta por su trastorno mental. Este caso realza la importancia de las clasificaciones de los delincuentes o de las clasificaciones penitenciarias en Venezuela enfatizando sus implicaciones en el logro de una intervención o tratamiento penitenciario eficaz.

Tal y como se mostrará en el cuadro 2, de haberse identificado la patología de José durante el proceso penal éste hubiera sido inimputable, en otras palabras, no hubiera sido recluido en una cárcel nacional, siendo sometido a tratamiento por su trastorno mental. Este caso resalta la importancia de la intervención o tratamiento penitenciario, no sólo en casos donde la sentencia sea definitivamente firme, sino también en aquellos en los que se esté produciendo el proceso judicial. Esto reviste mayor importancia en casos como el venezolano, donde a pesar de ser la regla la libertad durante el juicio, más de un 50% de los individuos recluidos en prisión tienen la condición de procesados. Veamos:



**Cuadro 2:** Ubicación de José en la clasificación de delincuentes realizada por Likken.



Cabría preguntarse: ¿Cuántos casos como los de José pueden existir en las prisiones del país? ¿Qué riesgos se asumen al albergar a individuos con patologías similares, con un grado de peligrosidad mucho mayor, en una prisión junto a una población penitenciaria en condiciones psíquicas

aparentemente normales? El caso José evidencia la necesidad que hay de coordinar estudios sistemáticos y adecuados en la persona del individuo que será sometido a juicio penal, tanto si es o no objeto de privación de libertad. Esto, facilitaría el inicio de una efectiva y eficiente clasificación penitenciaria, así como dar inicio a una intervención general que finalmente terminaría desembocando en la intervención propiamente penitenciaria.

La clasificación penitenciaria en Venezuela debe ir más allá de los pequeños esfuerzos que actualmente se están realizando, esto, tomando en consideración que de 33 centros penitenciarios sólo 3 manejan actualmente un sistema de clasificación que agrupa a la población penada en cuanto a su peligrosidad (mínima, media y máxima seguridad), y a pesar de ello esta clasificación no distingue entre internos con trastornos mentales o internos con personalidad antisocial. En definitiva, aun con la puesta en marcha del programa de humanización penitenciaria, el caso José es un ejemplo de las inequidades todavía presentes en el sistema penitenciario y de justicia venezolano, así como de los riesgos que se toman por la ausencia en la clasificación e intervención adecuada.

## **12.- A manera de conclusión.**

Incursionar en la criminología clínica no es regresar al prejuicio determinista de quienes siguen convirtiendo los preceptos positivistas en una camisa de fuerza biológista que hoy muy poco o nada tienen que ver con esta área de la criminología que busca dar respuesta al estudio del hecho delictivo de forma individual. La criminología clínica permite al criminólogo hacer de la semiología, cualquiera sea la conducta observada, un verdadero ejercicio fenomenológico-hermenéutico, reduciendo la posibilidad de que casos como el de José pasen desapercibidos. Y aunque el criminólogo debe reconocer sus límites ante los trastornos mentales y dar paso a los especialistas para que se encarguen del diagnóstico y tratamiento de la patología del sujeto, éste debe poseer la experticia semiológica que orienta ante la presencia de una conducta patológica. De manera que las herramientas para que el criminólogo pueda observar, describir, analizar, interpretar y sobre todo diferenciar en este contexto las brinda la criminología clínica.

En la comisión de un hecho delictivo el ejercicio clínico criminológico permite evidenciar la conducta problema, desviada o patológica. No es difícil encontrar en los recintos penitenciarios sujetos con trastornos mentales sin diagnóstico, sin el trato requerido y sin el tratamiento adecuado, es por ello que hoy en día se hace necesario el desarrollo de la Criminología Clínica no solo en los establecimientos penitenciarios, sino también en todos los entes que conforman el aparato judicial y que tienen relación directa con el sujeto que comete un hecho delictivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avendaño, C. (2008). *Drogodependencia y delito en usuarios consumidores de la Fundación José Félix Ribas de Mérida, durante el año 2006*. Mérida,
- Bernard y Brisset. (1969). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray Masson.
- Castillo, M. (2009). *Aproximación criminológica a la relación drogodependiente y familia. Estudio de casos en la Fundación José Félix Ribas, Mérida*. Venezuela: Universidad de los Andes.
- Crespo, F., y Bolaños, M. (2008). *Delitos violentos: Entre los vapores de la drogadicción*. Capítulo Criminológico, Vol. 36, N°3, Julio – Septiembre, pp. 101 – 141.
- Código Penal Venezolano. Gaceta Oficial 5.494 Extraordinario de 20 de Octubre de 2000.
- Di Tullio, B. (1963). *Principios de criminología clínica y Psiquiatría forense*. España: Gráficas Orbe.
- Freedman, H., Kaplan, L. y Sadok, B. (1977). *Compendio de Psiquiatría*. México: Salvat Editores.
- Gadamer, H. (1975). *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme.
- Hirschi, T. (2003). Una teoría del control de la delincuencia. Capítulo Criminológico. Vol. 31, N° 4, Octubre-Diciembre 2003, 5-31.
- Irurzun, V. (1971). *Un ensayo sobre la sociología de la conducta desviada*. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Jasper, K (1946). *Psicopatología General*, tercera edición en español, Fondo de Cultura Económica

- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. México: Manual moderno.
- Lykken, D. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.
- Lozada, M. (1991). *Cura y Locura. Ideología de la desviación*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Manzanera, R. (2005). *Criminología Clínica*. México: Porrúa.
- MacCoun, R.; Kilmer, B. y Reuter, P. (2003). *Research on drugs-crime. Linkages: The next generation*. Disponible en: [www.ncjs.com](http://www.ncjs.com)
- Morales, L., *Enfermedad Mental y Delito*, en Alvarado, Y.; Verde, F. (2006). *Psiquiatría forense, penitenciaria y criminología*, Livrosca, Caracas
- Organización Mundial de la Salud (1994) *Décima Clasificación de Enfermedades Mentales (CIE-10)*
- Nietzsche, F. (1987). *La voluntad de poder*. Buenos Aires. Prestigio, vol. 4, 1970.
- Pinatel, J. (1989). *La sociedad criminógena*. España: Colección Aurion Aguilar.
- Popper, K. (1984). En busca de un mundo mejor. Barcelona, Paidós
- Reyes, M. y Hernández, V. (2002). La familia, un abismo y un enlace hacia la drogadicción. Ponencia Congreso de Psicología: México
- Rodríguez, P. (1989). *El mundo del delincuente*. Buenos Aires: Zavalia
- Salazar, T (2001). *Alcohol y homicidio. Conociendo al homicida. Centro Penitenciario Los Andes 2000*. Mérida: Trabajo presentado como credencial de mérito para ascender a la categoría de profesor agregado, Escuela de Criminología, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Universidad de los Andes.
- Silva, C (1998). *Terapia Familiar*. Mérida: Consejo de Publicaciones. ULA
- Vera, A. (1973). *Metodología de la investigación*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Verde, F., Alvarado, Y. *Psiquiatría Forense*, en (2006) *Psiquiatría forense, penitenciaria y criminología*, Livrosca, Caracas.
- Wittgenstein, L. (1953). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: critica, 1989
- Wolfgang, M. y Ferracuti, F. (1988). *La subcultura de la violencia*. México: Fondo de cultura económica.