

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
POSGRADO EN PSIQUIATRÍA
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO**

TESIS DE GRADUACIÓN

**Perfil de los pacientes ingresados por Causas Judiciales en el
Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante los años
2009 al 2010**

Dr. Jorge Gutiérrez Prendas

Tutor: Dr. Álvaro Hernández Villalobos

Febrero 2013

DEDICATORIA

A María José, porque en todo momento me acompañaste, nunca me abandonaste, y siempre con orgullo decías “yo estudio con mi papá”. Esta es la recompensa por todos aquellos momentos en que dejé de ser padre, para ser estudiante, pero siempre fue pensando en que tuvieras un mejor futuro, y a ver como Dios a través tuyo me demostró que siempre estaba con nosotros, ya que esa noche, en que por segundos te fuiste, Él nos volvió a unir aquí en la tierra.

Te amo, Bombini.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Álvaro Hernández, por aceptar ser el tutor de mi tesis, y ser un eslabón más para alcanzar el éxito, brindándome siempre todo su apoyo y consejos.

Al Dr. Eduardo Arias, por aceptar ser el lector de mi tesis y junto a su esposa, asesorarme de la mejor forma y aplicando todos sus conocimientos de manera desinteresada, aún en horarios extras.

A la Dra. Myleen Madrigal, la cual me demostró que las cosas se pueden hacer y no hay obstáculos que nos puedan robar los sueños. A ti una dedicación especial, porque fuiste tenaz y con un don especial, me levantaste ese día en que creí que todo estaba perdido.

TABLA DE CONTENIDOS

Portada	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Carta de aprobación	iv
Tabla de contenido	vii
Lista de abreviaturas	ix
Tribunal examinador	x
Carta del Director de Posgrado	xi
Título del Estudio	xii
Introducción	1
Marco contextual	23
Antecedentes	
Antecedentes generales	24
Antecedentes internacionales	26
Antecedentes nacionales	35
Antecedentes locales	40
Justificación	43
Delimitación y formulación del problema de investigación	
Planteamiento del problema	47
Formulación del problema	47
Objetivos	

Objetivo general	48
Objetivos específicos	48
Marco teórico	49
Marco metodológico	112
Diseño del estudio.....	113
Población de estudio.....	113
Variables estudiadas.....	113
Tamaño de la muestra.....	116
Criterios de inclusión y exclusión	116
Técnica de muestreo y unidad de análisis.....	116
Plan de trabajo	
Duración del estudio.....	117
Sesgo.....	117
Instrumento de recolección.....	118
Diseño y procedimientos.....	119
Características de la población de estudio.....	120
Resultados.....	125
Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones.....	159
Recomendaciones.....	167
Bibliografía.....	175
Anexos.....	184

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPEMCOL: Centro para la atención de personas con enfermedad mental en conflicto con la ley.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 edición.

CLOBI: Comité Local de Bioética.

DSM- IV R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4 Edición revisada.

EEUU: Estados Unidos de América.

ECA: Epidemiological Catchment Area.

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

PD: Patología Dual.

TDAH: Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad.

VIF: Violencia intrafamiliar.

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado de Psiquiatría

APROBACIÓN

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Este tribunal, hace constar que el Trabajo final de Graduación: **“Perfil de los pacientes ingresados por Causas Judiciales en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante los años 2009 al 2010”**, elaborado por el Doctor Jorge Manuel Gutiérrez Prendas, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

Dra. Myleen Madrigal Solano

Presidenta del Tribunal

Médico Especialista en Psiquiatría

Dr. Álvaro Hernández Villalobos

Tutor de Tesis

Médico Especialista en Psiquiatría

Dr. Eduardo Arias Ayales

Lector de Tesis

Médico Especialista en Psiquiatría

Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Posgrado de Psiquiatría

APROBACIÓN

TRABAJO DE GRADUACIÓN

La Dirección del Posgrado en Psiquiatría, hace constar que el Trabajo final de Graduación: **“Perfil de los pacientes ingresados por Causas Judiciales en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante los años 2009 al 2010”**, elaborado por el Doctor Jorge Manuel Gutiérrez Prendas, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e información en Salud y Seguridad Social para optar por el título de Especialista en Psiquiatría.

Dr. Rodolfo Salazar Fonseca

Coordinador Nacional

Director Posgrado de Psiquiatría

Médico Especialista en Psiquiatría

TITULO DEL ESTUDIO

**“Perfil de los pacientes ingresados por Causas Judiciales en el
Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante los años
2009 al 2010”**

INTRODUCCION

“Desde hace varios años se viene presentando en Costa Rica una situación judicial particular: los jueces indican internamiento de personas en el Hospital Nacional Psiquiátrico, supuestamente por ser enfermos mentales y tener conflictos con la ley, sin contar en la mayoría de los casos con la valoración de un psiquiatra forense, dándose solo en algunos casos por un psicólogo, el cual al no ser médico, no podrá determinar patologías médicas que puedan alterar el intervalo lúcido de un paciente” (Arias y Villafuerte, 2004).

Según registros médicos del HNP, (2011), con los años se ha venido dando un incremento en el número de pacientes ingresados al HNP por una medida judicial, siendo este mayor a partir del año 2008. En promedio, se están ingresando por una medida judicial 100 personas por año.

Los pacientes con disfunción mental que cometen delitos, y no pueden ser juzgados como una persona que tenga su juicio conservado; como lo establece el artículo 42 del Código Penal de Costa Rica el cual comenta lo siguiente: “Es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes”.

Arias (2004) sostiene que el concepto de inimputabilidad contiene tres elementos: Primero, el psiquiátrico, el cual se ve expresado en la legislación costarricense en

los términos de enfermedad mental y grave perturbación de la conciencia. El segundo es el elemento psicológico, contemplado en el artículo 42 del Código Penal, pues señala que quien no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho, o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, es inimputable. El tercer elemento el normativo o jurídico, contenido en el efecto jurídico, producto de la combinación de los dos supuestos anteriores.

Los pacientes que cometieron un delito deberían recibir un tratamiento diferente a los que nunca han cometido uno, con la salvedad que los pacientes a la hora de recibir el tratamiento indicado por el juez hayan tenido una valoración por un médico psiquiatra forense, el cual determine que haya una enfermedad mental real, y no estén simulando padecerla o ser portadores de un Trastorno sociopático (esta, sólo atenúa la responsabilidad en casos excepcionales en los que puede objetivarse una disminución de la voluntad. En estos casos excepcionales, tendría que venir aparejado con medidas de prevención y tratamiento).

En Costa Rica, no existía un centro especializado para las personas con alguna patología psiquiátrica que tuvieran una medida judicial, lo cuales anteriormente eran hospitalizados en el HNP; se ingresaban en los pabellones mezclados con las personas que por alguna descompensación de su enfermedad mental permanecían ahí internados.

La estructura física del HNP, fue diseñada para ser un centro médico, con un sistema de comunidad terapéutica abierta y no como un centro de vigilancia y

contención especializada en custodia asilar, como sostiene Hernández (2008) “los tratamientos no están diseñados para personas con conducta disocial, farmacodependencia, infractores habituales, agresores o personalidades perversas, los cuales aprovechan de las condiciones de libertad, flexibilidad y convivencia del HNP para abusar de los usuarios con Trastornos Mentales”.

La consolidación de los Derechos Humanos ha llevado a fundamentar que los pacientes con patología mental que han tenido un problema con la ley merezcan tener una atención especializada, lo que justifica la creación de un centro que les brinde la atención que necesiten y no sean tratados como delincuentes comunes.

Es por lo anterior, que en el año 2006 se presentó en la Asamblea Legislativa, un proyecto para la creación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, el cual ha topado con múltiples obstáculos y desacuerdos entre las diferentes instituciones involucradas, al punto que hoy 6 años después no ha sido aprobado. Familiares de pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico, presentaron recursos de amparo ante la Sala Constitucional, para exigir la separación de usuarios ingresados a este hospital por orden médica de los ingresados por una medida judicial, a lo que la Sala, emitió criterio y ordenó a la CCSS, la separación de estos usuarios.

Para ampliar un poco más sobre esta situación, a continuación se expondrán algunos párrafos del expediente con que se cuenta en la Sala Constitucional, producto del Recurso de Amparo presentado por los padres de un paciente que se encontraba internado en el HNP por criterios médicos, y que tuvo problemas con

usuarios ingresados por una orden judicial: Expediente: 08-013518-0007-CO Resolución: N° 2009004555, a saber:

“SALA CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. San José, a las ocho horas y veintitrés minutos del veinte de marzo del dos mil nueve.

Por escrito recibido en la Secretaría de la Sala a las 11:07 horas. del 7 de octubre de 2008, la recurrente interpone recurso de amparo contra el HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO y manifiesta que su hijo –el amparado- estuvo internado en el Pabellón No. 1 del Hospital recurrido del 8 de julio al 8 de agosto del año 2008. Alega que durante ese tiempo el amparado sufrió abusos deshonestos e, incluso, fue violado por otro paciente, situaciones de las cuales dio parte al personal de enfermería. Sugiere que en los dormitorios de los pabellones debe de haber más personal de vigilancia para evitar esos abusos a los pacientes con enfermedades mentales, especialmente, por parte de otras personas internadas con problemas delictivos. Añade que en sus visitas pudo observar como la población referida amedrenta, maltrata, roba y manipula a los enfermos mentales y la policía encargada de los pacientes delictivos no cumple con su deber. Considera violentados, en perjuicio del amparado, sus derechos a la salud y a la integridad física. Solicita la recurrente que se promueva la creación de un centro alternativo para el internamiento de las personas con trastornos mentales y conductuales que estén en conflicto con la ley.

PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES.

Este Tribunal Constitucional en múltiples resoluciones ha señalado que el derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la república. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental. Partiendo, en consecuencia, del reconocimiento y la tutela del derecho a la salud, derivado del artículo 21 de la Constitución Política, es preciso señalar que debe ser entendido de modo amplio (*in dubio pro libertate* o *pro homine*, *eficacia expansiva* y *progresiva*) de forma similar al concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud en su declaración constitutiva al disponer que *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

A nivel internacional encontramos una serie de normas y principios que procuran, precisamente, dar protección y potenciar los derechos fundamentales de las personas que padecen enfermedades mentales. Específicamente, nos referimos a los *“Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”*, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución No. 46/119 de 17 de diciembre de 1991. Dicho instrumento, en el principio 1º, enumera una serie de libertades fundamentales y

derechos básicos de las personas que sufren enfermedades mentales, entre los que cabe resaltar los siguientes:

“1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.

2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.

3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante. (...)”

Asimismo, en relación a la atención que reciben las personas con enfermedades mentales, se aboga por su derecho a recibir la atención sanitaria que ameriten, se proclama su derecho a ser tratado de conformidad con las mismas normas aplicables a los demás enfermos y a brindarles un cuidado especial. El principio 8° dispone lo siguiente:

“(...) 2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.”

De otra parte, la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, suscrita por la Federación Mundial de la Salud Mental en el año 1989, proclama que *“Los enfermos mentales, o afectados por una perturbación emocional, comparten ‘la dignidad inherente’ y ‘los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana’*. En el artículo 4° se enumeran una serie de derechos específicos para la atención de los derechos de las personas con enfermedades mentales, a saber:

“Artículo 4: Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos.

Comprenden:

- el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada;*
- el derecho a la protección de los abusos físicos y psico-sociales; (...)*

Incluso, esta declaración parte de una premisa como lo es la coordinación administrativa intersectorial, esto es, un esfuerzo conjunto y concertado de todos los poderes públicos, para fortalecer la protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedades mentales. Al respecto, el artículo 7° dispone lo siguiente:

“La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente

enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental.

DEBER DE VIGILANCIA DEL ESTADO RESPECTO A LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN INTERNADAS EN HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS.

En este apartado es preciso enfatizar la especial atención y cuidado que los Poderes Públicos deben brindar a las personas que sufren de discapacidades mentales en razón de su particular vulnerabilidad y, con ese propósito, es menester transcribir las trascendentales consideraciones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la sentencia sobre reparaciones en el “Caso *Ximenes Lopes Vs. Brasil*”, dictada el 4 de julio de 2006 en la que se pone en evidencia y se resalta la labor de fiscalización que tienen las autoridades públicas en relación a la prestación de los servicios de salud, ya sea brindados por una institución pública en el marco de la seguridad social o bien por entidades privadas. En dicha resolución, destacan las siguientes consideraciones:

“(...) 89.En relación con personas que se encuentran recibiendo atención médica, y dado que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, éstos tienen la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud. La Corte considera que los Estados tienen el deber de regular y fiscalizar

toda la asistencia de salud prestada a las personas bajo su jurisdicción, como deber especial de protección a la vida y a la integridad personal, independientemente de si la entidad que presta tales servicios es de carácter público o privado.

90. La falta del deber de regular y fiscalizar genera responsabilidad internacional en razón de que los Estados son responsables tanto por los actos de las entidades públicas como privadas que prestan atención de salud, ya que bajo la Convención Americana los supuestos de responsabilidad internacional comprenden los actos de las entidades privadas que estén actuando con capacidad estatal, así como actos de terceros, cuando el Estado falta a su deber de regularlos y fiscalizarlos. La obligación de los Estados de regular no se agota, por lo tanto, en los hospitales que prestan servicios públicos, sino que abarca toda y cualquier institución de salud. (...)"

103. La Corte Interamericana considera que toda persona que se encuentre en una situación de vulnerabilidad es titular de una protección especial, en razón de los deberes especiales cuyo cumplimiento por parte del Estado es necesario para satisfacer las obligaciones generales de respeto y garantía de los derechos humanos. La Corte reitera que no basta que los Estados se abstengan de violar los derechos, sino que es imperativa la adopción de medidas positivas, determinables en función de las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho, ya sea por su condición personal o por la situación específica en que se encuentre, como la discapacidad.

108. Los Estados tienen el deber de supervisar y garantizar que en toda institución psiquiátrica, pública o privada, sea preservado el derecho de los pacientes de recibir un tratamiento digno, humano y profesional, y de ser protegidos contra la explotación, el abuso y la degradación.

109. Todo tratamiento de personas que padecen de discapacidades mentales debe estar dirigido al mejor interés del paciente, debe tener como objetivo preservar su dignidad y su autonomía, reducir el impacto de la enfermedad, y mejorar su calidad de vida.

128. Los Estados tienen el deber de asegurar una prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad mental. La anterior obligación se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios de salud básicos; la promoción de la salud mental; la prestación de servicios de esa naturaleza que sean lo menos restrictivos posible, y la prevención de las discapacidades mentales.

130. La Corte considera que todo tratamiento de salud dirigido a personas con discapacidad mental debe tener como finalidad principal el bienestar del paciente y el respeto a su dignidad como ser humano, que se traduce en el deber de adoptar como principios orientadores del tratamiento psiquiátrico, el respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas. (...)"

INFRACCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y HUMANOS DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO.

En efecto, según se informa, los pacientes son expuestos a todo tipo de agresiones, abusos y vejámenes de manera sistemática, por parte de otros usuarios que se encuentran internados en virtud de una orden judicial impuesta por el sistema penal, ya sea por la imposición de una medida cautelar, o bien, por una medida de seguridad. Es preciso enfatizar algunas de las manifestaciones de las autoridades encargadas del Hospital Nacional Psiquiátrico que ponen en evidencia el conflicto que se suscita por la convivencia entre personas enfermas mentales y personas internadas por algún conflicto penal que, igualmente, tienen disminuidas sus capacidades mentales. Así, por ejemplo, la Master Betty Oviedo Porras en su condición de Directora de Enfermería, señala lo siguiente:

“El internamiento de medida de seguridad en el Hospital Nacional Psiquiátrico ha sido denunciado en múltiples ocasiones por las autoridades hospitalarias, en la medida en el que el hospital no cuenta con las condiciones de seguridad necesarias para manejar a esta población, la cual comparte los espacios de internamiento con los usuarios internados por criterio médico (...) Es violatorio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y conductuales que están internados en el Hospital Nacional Psiquiátrico, tener que compartir los espacios del internamiento hospitalario con usuarios internados por orden judicial que cumplen criterios de peligrosidad y que mantienen conductas delictivas dentro del área hospitalaria”.

Igualmente, el Dr. Mariano Vargas Pardo, miembro del Comité de Seguridad Curativa del Hospital Nacional Psiquiátrico, manifiesta lo siguiente:

... el Hospital Nacional Psiquiátrico no cuenta con una estructura de seguridad y contención que permita manejar las conductas de tipo disocial que presenta la población cautiva por orden judicial (...)

Los usuarios sujetos a Medidas Curativas de Internamiento o Medidas de Seguridad Curativas de Internamiento que no tienen Trastornos Mentales no logran adaptarse a los programas de rehabilitación y se convierten en personas de difícil manejo para el personal y peligrosos para otros usuarios, ya que incurren en conductas de robos, amenazas, violencia física y sexual contra otros, consumo y tráfico de drogas, irrespeto a las reglas establecidas y al personal hospitalario, fugas hospitalarias a repetición, agresión y maltrato contra otros usuarios y crean un clima de inseguridad en el centro que ya ha sido denunciado por el personal, los usuarios y sus familiares. Para estos sujetos es necesario crear centro de rehabilitación específicos diferentes a las condiciones hospitalarias (...)

OBLIGACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL DE CREAR, CONSTRUIR Y PONER EN FUNCIONAMIENTO UN CENTRO ESPECIALIZADO PARA PERSONAS INIMPUTABLES O CON IMPUTABILIDAD DISMINUIDA.

Sobre el particular, la máxima autoridad del Poder Judicial se refiere a un mecanismo temporal para dar solución a la problemática expuesta, sea que, en aplicación del artículo 153 de la Constitución Política y por orden de la autoridad

judicial competente, se requiera del auxilio de la Fuerza Pública para custodiar a estas personas. Sin embargo, las autoridades hospitalarias no avalan tal medida porque consideran que, incluso, las autoridades policiales se suman a la problemática ya expuesta, al incumplir las líneas de jerarquía y autoridad de la institución hospitalaria. Ahora bien, es claro que este Tribunal Constitucional, como máximo garante de los derechos fundamentales, no puede obviar que las personas declaradas inimputables, que tuvieren disminuida su imputabilidad o que, por causa de una enfermedad mental sobrevenida, se interrumpe la ejecución de la pena que le fue impuesta, deben ser tratadas en establecimientos psiquiátricos y no en centros penitenciarios regulares. En efecto, el artículo 51 del Código Penal dispone lo siguiente: *“La pena de prisión y las medidas de seguridad se cumplirán en los lugares y en la forma en que una ley especial lo determine, de manera que ejerzan sobre el condenado una acción rehabilitadora. Su límite máximo es de cincuenta años.”* (Así reformado por el artículo 1 de la ley N° 7389 de 22 de abril de 1994).

Asimismo, el artículo 98 del referido cuerpo normativo nos indica los casos en los que, legalmente, es procedente una medida de seguridad, al señalar que le corresponde al Juez imponer, obligatoriamente, una medida de seguridad cuando el autor de un delito haya sido declarado inimputable o tuviere disminuida su imputabilidad, o bien, cuando por causa de una enfermedad mental se interrumpe la ejecución de la pena que le fue impuesta. De su parte, el artículo 101 del Código Penal indica que las medidas curativas que puede adoptar el juzgador, son las siguientes: 1) Ordenar el ingreso en un hospital psiquiátrico; 2) dictaminar el

ingreso en un establecimiento de tratamiento especial educativo y 3) decretar que la persona se someta a un tratamiento psiquiátrico, siendo que el artículo 102 del Código Penal dispone que las medidas de seguridad se aplicarán en servicios psiquiátricos idóneos o en establecimientos de tratamiento especial educativo. Asimismo, el principio No. 82 de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptadas en 1955 por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, dispone lo siguiente:

Reclusos alienados y enfermos mentales

82. 1) Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. 2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos. 3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. 4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.”

De la relación de las normas indicadas es posible concluir que las personas declaradas inimputables o con su imputabilidad disminuida no pueden ser ingresadas a prisiones regulares, por cuanto, el propósito de estas medidas es que sean curativas y rehabilitadoras respecto de su condición mental. En ese orden de ideas y comprobado en el *sub lite* que la permanencia de estas personas en el Hospital Nacional Psiquiátrico resulta lesiva de los derechos fundamentales

de los pacientes regulares de dicho nosocomio, lo procedente es que se ordene a la Caja Costarricense de Seguro Social como autoridad rectora en la administración de los seguros sociales, por imperativo del artículo 74 de la Constitución Política, crear, poner en funcionamiento y construir un centro de tratamiento psiquiátrico especializado para personas declaradas inimputables o con la imputabilidad disminuida, a las que se les impone una medida cautelar o de seguridad por el sistema penal. Este centro debe estar separado del existente para tratar y atender, adecuadamente, a quienes padecen una enfermedad mental y no se encuentran sometidos a medida alguna por el sistema judicial.

OBLIGACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL DE ADOPTAR MEDIDAS PARA QUE EN UN PLAZO RAZONABLE SE SEPAREN A LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y LOS PACIENTES INTERNADOS POR UNA ORDEN JUDICIAL.

Es preciso que las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social adopten las medidas que sean necesarias para que en un plazo razonable se separen ambas categorías de enfermos mentales; es decir, que ubiquen en pabellones o módulos separados o diferenciados a los pacientes regulares de dicho centro médico, respecto a los usuarios a los que se les ha impuesto una medida cautelar o curativa por parte del sistema penal y que muestran indicios de peligrosidad. Nótese, sobre el particular, que en materia penitenciaria se aplica una regla de separación de las categorías de privados de libertad (hombres, mujeres, menores de edad, jóvenes, indiciados, sentenciados, apremiados corporalmente por deudas de alimentos), la que, se encuentra consagrada en el principio No. 8 de las Reglas

Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, la que puede ser aplicada, por identidad de razón, en la especie. Bajo esa premisa, las personas que por disposición del sistema penal deben cumplir medidas preventivas y de seguridad, deben estar efectivamente separadas de los pacientes regulares del Hospital Nacional Psiquiátrico, para, de este modo, evitar los abusos denunciados por las propias autoridades hospitalarias. En consecuencia, mientras se toman las medidas administrativas necesarias para poner en funcionamiento un nuevo centro psiquiátrico especializado, las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social deben proceder a separar a los enfermos mentales que no se encuentran sometidos a una medida preventiva o de seguridad, respecto a los que sí lo están.

OBLIGACIONES DE COORDINACIÓN O COLABORACIÓN SECTORIAL O INTERADMINISTRATIVA CON EL MINISTERIO DE SEGURIDAD PÚBLICA.

Este Tribunal Constitucional en la sentencia No. 2003-04633 de las 15:23 horas. de 27 de mayo de 2003 desarrolló el contenido del principio constitucional de la coordinación interadministrativa, según el cual, todos los entes y órganos públicos deben coordinarse para ejercer sus competencias y prestar los servicios que el ordenamiento jurídico les ha asignado. De otra parte, tal y como se apuntó en un considerando precedente, la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental de la Federación Mundial de la Salud Mental (1989) le impone a todos los poderes públicos un deber de coordinación y colaboración intersectorial para la protección de los derechos humanos de los enfermos mentales (artículo 7). En el

caso concreto, considera este Tribunal Constitucional que las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social al detectar problemas de seguridad interna con los pacientes confinados en el Hospital Nacional Psiquiátrico por una orden judicial, hasta ahora, deben requerir el auxilio de la Fuerza Pública a fin de evitar los abusos ampliamente expuestos con anterioridad. En efecto, las funciones de las autoridades médicas del centro médico, así como el personal de apoyo, deben estar dirigidas, única y exclusivamente, a la recuperación, rehabilitación, fomento y protección de la salud de los pacientes internados (artículo 3 del Reglamento General de Hospitales Nacionales, Decreto Ejecutivo No. 1743 del 4 de junio de 1971). En consecuencia, al personal de la Caja Costarricense de Seguro Social no le corresponde asumir competencias de custodia o contención de las personas sometidas a una medida de seguridad o cautelar, que representen una amenaza para el resto de los pacientes o para el propio personal médico. Tal y como lo informa el Presidente de la Corte Suprema de Justicia, estas personas están a la orden de una autoridad jurisdiccional, ya sea el Juez de Garantías o el Juez de Ejecución de la Pena, que debe velar porque el cumplimiento de la medida se esté dando dentro de los parámetros requeridos. Dicha autoridad, en aplicación del artículo 153 de la Constitución Política, puede requerir el auxilio de la Fuerza Pública para lograr, de forma eficaz, la ejecución de su mandamiento jurisdiccional.

CREACIÓN DE UN CUERPO DE POLICIA PENITENCIARIA ADSCRITO AL MINISTERIO DE JUSTICIA, QUE SE ENCARGUE DE LA CUSTODIA DE LOS ENFERMOS MENTALES CON MEDIDAS CAUTELARES Y DE SEGURIDAD.

En el caso que se examina, este Tribunal Constitucional no comparte las manifestaciones realizadas por la Ministra de Justicia en el sentido que a esa dependencia no le corresponde la custodia de las personas a las que se les aplica una medida de seguridad por parte de las autoridades judiciales. Se señaló que la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental de la Federación Mundial de la Salud Mental (1989) le impone a todos los poderes públicos un deber de coordinación y colaboración intersectorial para la protección de los derechos humanos de los enfermos mentales (artículo 7°). Adicionalmente, de una interpretación sistemática de los artículos 51 del Código Penal y 3, inciso b), de la Ley de Creación de la Dirección General de Adaptación Social, cabe inferir que le corresponde al Ministerio de Justicia, a través de dicha Dirección, brindar la custodia a los procesados y sentenciados por el sistema penal. Nótese que la redacción de la norma legal que le confiere competencias a la Dirección General de Adaptación Social es amplia, puesto que, no está restringida a la custodia, en forma exclusiva, de las personas declaradas culpables por el sistema penal. Los términos amplios de la norma permiten concluir que, contrario a lo que interpreta la Ministra de Justicia, la Dirección General de Adaptación sí tiene competencia en el caso concreto a fin de ofrecer custodia y contención a las personas procesadas a las que se les impone una medida cautelar de internamiento en un centro médico

psiquiátrico o a las personas sentenciadas con una medida de seguridad con propósitos curativos o de rehabilitación.

OBLIGACIONES DE COORDINACIÓN INTERADMINISTRATIVA ENTRE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL Y EL MINISTERIO DE JUSTICIA.

En virtud de lo expuesto y en aplicación del principio constitucional de la coordinación y colaboración interadministrativa, las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Justicia deben tomar las medidas que están dentro de su respectivo ámbito de competencias para que en el plazo de un año contado a partir de la notificación de esta sentencia, se planifique, programe la creación, construcción y puesta en funcionamiento de un centro de tratamiento psiquiátrico especializado y de rehabilitación para las personas inimputables o con imputabilidad disminuida. Lo anterior, bajo el entendido, claro está, que estas personas, en lo médico, estarán a cargo del personal especializado de la Caja Costarricense de Seguro Social. El propósito de la intervención del Ministerio de Justicia en el caso concreto, se dirige a que confiera custodia, contención y la seguridad necesaria para salvaguardar la integridad de los pacientes y proteger al personal médico a cargo de su tratamiento clínico, todo en aras de salvaguardar el orden público, así como, la integridad y la dignidad de los pacientes de dicho centro médico.

POR TANTO:

Se declara parcialmente CON LUGAR el recurso. Se ordena al Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, o a quien en su lugar ocupe dicho cargo, lo siguiente: a) Que en el plazo improrrogable de un año se planifique y programe la creación, construcción y puesta en funcionamiento de un centro de tratamiento psiquiátrico especializado y de rehabilitación para las personas inimputables o con imputabilidad disminuida a las que se les impone una medida cautelar o de seguridad por el sistema penal; b) En tanto no sea creado y puesto en funcionamiento el centro psiquiátrico especializado, debe proceder, en un plazo razonable, a separar a los enfermos mentales que no se encuentran sometidos a medida preventiva o de seguridad alguna, respecto de los que sí lo están; c) Coordinar con el Ministerio de Seguridad Pública la custodia de los enfermos mentales inimputables o con imputabilidad disminuida a quienes se les haya impuesto una medida cautelar o de seguridad. Se ordena a la Ministra de Justicia o a quien la sustituya lo siguiente: a) Crear en el plazo de un año un cuerpo de policía penitenciaria especial que se encargue de la custodia y contención de los enfermos mentales con medidas cautelares o de seguridad impuestas por el sistema penal; b) Coordinar acciones con la Caja Costarricense de Seguro Social para que cuando se construya y entre en funcionamiento el centro psiquiátrico especializado, el cuerpo de policía penitenciaria referido entre en funcionamiento. Asimismo, se le ordena al Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social y a la Ministra de Justicia que informen, periódicamente, a este Tribunal Constitucional sobre las medidas adoptadas para dar cumplimiento a lo

resuelto en esta sentencia. Lo anterior, bajo apercibimiento que, de conformidad con lo establecido en el artículo 71 de la Ley de la Jurisdicción Constitucional, se impondrá prisión de tres meses a dos años, o de veinte a sesenta días multa, a quien recibiere una orden que deba cumplir o hacer cumplir, dictada en un recurso de amparo, y no la cumpliera o no la hiciera cumplir, siempre que el delito no esté más gravemente penado. Se condena al Estado y a la Caja Costarricense de Seguro Social al pago de las costas, daños y perjuicios causados con los hechos que sirven de base a esta declaratoria, los que se liquidarán en ejecución de sentencia de lo contencioso administrativo.”

Ante la urgencia, por lo antes comentado en el resumen anterior, del Voto de la Sala Constitucional y para no caer en desacato, la CCSS, alquiló instalaciones, y desde el año 2010, se encuentra funcionando CAPEMCOL, esto a la espera de la aprobación del proyecto de Ley 16269, y con ello la construcción de un Centro con todas las características necesarias para la atención de estos pacientes en condiciones especiales.

Es por todo lo anterior, la necesidad del conocimiento de un perfil biopsicosocial de los pacientes ingresados por causas judiciales, para que cuando se construya un centro especializado de esta índole se tengan presente las necesidades de los usuarios, y la creación de este se dé conociendo las fortalezas, amenazas, oportunidades y debilidades que tienen estos usuarios. Con la suma de todo esto, se podrá determinar las necesidades reales, y construir una institución modelo a nivel mundial.

MARCO CONTEXTUAL

Antecedentes generales

Desde hace varios años se venía comentando en Costa Rica sobre la construcción de un centro para la atención de personas con enfermedad mental y que hayan tenido conflictos con la ley. En ello se han involucrado varias instituciones del país, dentro de las que podemos citar a la CCSS, los Ministerios de Salud y Justicia, la Defensoría de los Habitantes y el Poder Legislativo. Será el primer Centro Penitenciario para personas con enfermedad mental y conflictos con la ley, construido en Costa Rica, y a raíz de ello ha generado mucha controversia y opiniones encontradas.

El abogado penalista Licenciado Norberto Garay, comenta en el Semanario Universidad (abril, 2009), lo siguiente: “Históricamente, una tendencia humana ha sido discriminar al otro, al diferente y entre la discriminación ha surgido la violencia, así, la Inquisición y el holocausto han sido ejemplos extremos de lo que es capaz de hacerse en contra del que sea considerado anormal”. Lo anterior nos lleva a recordar a Cervelló (2004) la cual narra: “Tan unida está la “locura” a la privación de la libertad, que el encierro de los dementes fue incluso anterior al de los delincuentes, ya que los primeros manicomios datan de 1409, cuando el que el Padre Jofré lo fundó en Valencia con una finalidad esencialmente caritativa; y más adelante sin embargo se les tienen a los enajenados como seres improductivos e incluso peligrosos”.

Cuenta la historia que el Hospital Real de Bethlem (Beckenham, Bromley, Londres) fue el primer hospital psiquiátrico conocido en Europa. Fundado en 1247, y aunque ya no se encuentra en su ubicación original, se reconoce como la primera y más antigua institución especializada en enfermos mentales. Ha sido conocido como Santa María de Bethlem, Hospital de Bethlem, Hospital de Bethlehem y Bedlam (que en inglés tiene el significado de "casa de locos") El hospital está hoy en día a la vanguardia del tratamiento psiquiátrico humano, aunque parte de su historia es conocida por su crueldad y trato inhumano.

El Hospital General de París, Francia en 1656 es recordado por la manera indiscriminada de reclusión, ya que no distinguía entre el enfermo mental del delincuente. (Garay, 2009b).

En 1793 Felipe Pinel (1745-1826) médico francés, continuó con la obra humanitaria de Weyer, liberando a los alienados de sus grilletes. El tratamiento de los enfermos mentales graves se reducía al ingreso en los hospitales psiquiátricos de por vida. En algunos países se ha realizado una reforma psiquiátrica en los últimos 50 años, que permite otro destino para este tipo de pacientes. No obstante, persiste la dificultad de integración y muchas veces las respuestas de los gobiernos se limitan a la atención sanitaria de la demanda y se descuida el apoyo social, comentado por las Licenciadas Arias y Villafuerte, (2004).

Para el Presidente de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), José María Sánchez Monge, "los hospitales psiquiátricos penitenciarios y las prisiones no son el lugar adecuado

para las personas con enfermedad mental" y "mientras no se hayan erradicado los hospitales psiquiátricos penitenciarios, es nuestra responsabilidad, lograr que este colectivo esté atendido adecuadamente, a través de un sistema socio-sanitario y una atención integral" Así lo declaró en la clausura de las jornadas sobre Personas con Enfermedad Mental en Régimen Penitenciario, esto en Madrid, España, el 12 de junio del 2009.

Antecedentes internacionales

Como datos internacionales se presentará el caso de tres centros españoles, tomando en consideración sus detalladas descripciones y que en España, según informó el europapress.es, con fecha del 24 de mayo del 2011, se estima que un 42,2% de los presos de las cárceles españolas padecen de alguna enfermedad mental, siendo las más frecuentes los trastornos de ansiedad (23,3%), abuso de drogas (17,5%) y depresión (14,9%), mientras que los trastornos mentales graves afectan a un 4,2% de todos los internos, con la agravante de que los hospitales penitenciarios están “sobrecupados” por un alto número de ingresos “inadecuados”.

Los españoles tienen alrededor de 19 000 enfermos mentales que están encerrados en cárceles comunes, en donde la asistencia psiquiátrica se limita a una o dos consultas al mes ofrecidas por profesionales externos. (Barrios, 2012). El profesor de derecho penal de la Universidad de Alicante, Luis Fernando Barrios,

(citado por Barrios, 2012), critica que “en algunos periodos el incremento de suicidios ha tenido lugar en épocas de insuficiencia de personal”.

Maribel Llorca, como fundadora de la Asociación de familiares y amigos de personas internados en el Hospital Penitenciario de Alicante (AFAPI - HPPA) comenta “muchos familiares necesitan asistencia psicológica para soportar este trago tan difícil, y la asociación les ayuda a superarse y pelear por los derechos de los internos; además destaca que el cambio de un régimen carcelario a otro de tipo sanitario es, justamente, uno de los logros más valorados por la AFAPI. (Barrios, 2012).

Según el Informe sobre el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, (conocido como Carabanchel), parafraseo lo siguiente: se comenta que es frecuente que los jueces se inhiban a la hora de dar el alta a un paciente, aún con los informes emitidos por los psiquiatras que están a cargo del paciente. En cuanto a las instalaciones, se encuentra en un edificio construido en 1952, situado en el recinto penitenciario, entre el Centro de Detención de Jóvenes y la Prisión Provincial de Hombres. Cuenta con cinco pabellones, adquiriendo el conjunto la forma de peine, con patios entre los pabellones. Los internos están distribuidos por los pabellones según su situación, preventivos, judiciales, penales, toxicómanos.

La estructura de cada planta está compuesta por una sala, de unos treinta metros cuadrados en la zona delantera, con un doble uso, de comedor y sala de televisión

y, a continuación, a ambos lados de un pasillo se encuentran las celdas de los internos, individuales para los “enfermeros” (los cuales son prisioneros de otros lugares que se ofrecen a trabajar a cambio de reducción de la pena), y de dos, tres y cuatro camas para el resto de los internos, claramente insuficientes, sin posibilidad alguna de intimidad. Las celdas tienen un retrete separado por un cristal que falta en la mayoría de ellas. El pabellón central al que se accede con grandes medidas de seguridad, alberga en una planta la «Unidad de Agitados» de la que más adelante hablaremos. En el pabellón siguiente se encuentra la sección de «tóxicos». Cuenta con una capilla convertible en salón de actos, la escuela con una pequeña biblioteca, la cocina, y la sala de calderas. En la parte posterior a los pabellones se halla un pequeño jardín, cuyo acceso es muy limitado, y tras el que se divisa las alambradas, y el imponente edificio de la prisión de hombres.

El cuerpo técnico y el equipo de tratamiento está compuesto de la siguiente forma: Seis psiquiatras, un neurólogo, dos internistas, tres Asistentes técnicos en salud, seis auxiliares de clínica, tres asistentes sociales (uno con dedicación parcial), director del centro, coordinador del cuerpo técnico, dos criminólogos, dos psicólogos y dos educadores. El personal de oficina consta de trece personas. El personal laboral consta, a su vez, de las siguientes personas: un fontanero, un electricista, dos mensajeros, uno de limpieza y dos cocineros.

La función de vigilancia y de control de los internos está desempeñada, de hecho, por los cincuenta presos penados que procedentes de otros establecimientos penitenciarios de cumplimiento solicitaron este destino para remisión de pena, realizando en la práctica la función de cuidadores-enfermeros. Es una institución

totalitaria y cerrada, en la que se entremezcla y superpone la estructura de una anticuada cárcel de máxima seguridad (sin la tecnificación moderna) con la de un anacrónico asilo u hospicio psiquiátrico. Los resultados los sufren día a día los enfermos-reclusos, víctimas irredentas de una disciplina penitenciaria «ancien regime», sin garantías para sus derechos mínimos y sin la racionalidad de un reglamento, y de la represión de una psiquiatría segregadora, encubridora y oscurantista. Los enfermeros son reclusos, que, con estos peculiares «destinos», redimen parte de su condena: por cada dos días de trabajo reducen un día de pena, además no tienen una remuneración, pero si obtener algún día de permiso, ocupar celdas individuales y mucho mejor acondicionadas que la de los enfermos, llevar «bata blanca» (claro signo diferenciador y de superioridad sobre los pacientes), y detentar una cierta posición de poder real en la institución, con las mayores ventajas posibles. Viven en los mismos pabellones que los pacientes, comen de la misma comida y utilizan las mismas instalaciones y servicios, aunque con mucha mayor libertad de movimientos. “Los enfermeros” son responsables de la conducta de los enfermos a su cargo.

Todos los pacientes se quejaron de haber sido castigados, apaleados, duchados con agua fría, atados, inyectados a la fuerza, trasladados al terrible «pabellón de agitados», e incluso violados o robados por los propios enfermeros. A menudo, los castigos son arbitrarios, por motivos mínimos o sin justificación aparente: “a veces, nos provocan para que nos excitemos, y castigarnos”. En cambio, los menos enfermos, los simuladores, los psicópatas, tienen, por lo general, un mejor trato. “Los enfermeros” deciden si el paciente puede o no hablar con el médico y si

insiste mucho recibe un castigo. Algunos enfermeros llevan drogas y brindan protección a mafiosos, según este informe.

El «pabellón de agitados» consiste en un pabellón completamente cerrado, compuesto por 18 celdas individuales, sórdidas, sucias y deprimentes, en las que los enfermos reclusos pasan todo el día aislados, excepto en los momentos en que han de salir para realizar ciertas tareas de limpieza. Lo que indica que no es la gravedad psiquiátrica del paciente lo que determina su estancia allí, sino el cumplimiento encubierto de una sanción. Este pabellón de castigo no tiene comedor ni sala de estar. Estos no tienen derecho a salir al patio, ni siquiera durante una hora, como es preceptivo en las celdas de castigo de las prisiones no especiales.

Los toxicómanos, permanentemente castigados, encerrados durante todo el tiempo que están en la institución en su pabellón especial. Un pabellón casi tan tétrico como el de «agitados». Sin tratamiento alguno, continuamente vigilados.

El hospital no puede rechazar o no admitir a ningún paciente, pues todos los ingresos lo eran por orden judicial. En consecuencia, el tiempo de estancia de los enfermos de este Centro se prolonga indefinidamente, superándose, en algunos casos, los 20 años de internamiento. Un encierro seguramente muy superior al que hubiesen tenido que cumplir en una prisión no especial, de no habersele aplicado eximente alguna. En promedio hay 210 pacientes y el tratamiento es principalmente farmacológico. La opinión del personal y concretamente del Director es la de que «este hospital se encuentra bastante abandonado y que es

un centro que no reúne condiciones para ser un hospital psiquiátrico». La mayor preocupación del Director es la mala higiene.

Para citar otro ejemplo, se expondrá el informe sobre la unidad de judiciales de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona), el cual fue publicado por la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

La clínica cuenta en promedio con 560 internados, de los cuales 58 se encuentran por una orden judicial, el que lleva más tiempo se encuentra desde 1971. Son visitados por la Comisión Jurídica, conformada por el Fiscal y dos jueces de vigilancia penitenciaria. A pesar de ello, la Dirección Médica comenta que los informes psiquiátricos remitidos por el equipo a los juzgados, no obtienen respuesta y que en ningún caso hay revisiones periódicas in situ por parte del juez correspondiente. La Unidad de Judiciales se crea en 1983 en respuesta al número creciente de casos que ingresan por orden judicial de custodia.

Se halla ubicada en la tercera planta del edificio dedicado a «Agudos», a la que se accede a través de una portería acristalada, en la que dos policías armados hacen guardia permanentemente. Consta de un pequeño gimnasio, escasamente dotado, un comedor y una sala de estar, extraordinariamente fríos por su nula decoración y cuyo único posible medio de distracción —un televisor— no funciona y un pasillo flanqueado a derecha e izquierda por las puertas de sus 14 habitaciones, dos de las cuales están en la actualidad inhabilitadas debido a los recientes incendios provocados. Todas las ventanas de esta planta están enrejadas, los enfermos no

pueden salir nunca de ella y no hay patio alguno. Cuenta con 4 auxiliares de enfermería, un psiquiatra y un residente.

Por último, el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent (Alicante),

en el cual y parafraseando a los autores, se inauguró el 14 de enero de 1984, tiene 262 camas y es exclusivamente para hombres, está adosado a la cárcel del mismo nombre y formado por pabellones de tres plantas, varios patios y diversas dependencias. Fuera de los recintos se encuentra un edificio con la dirección y las oficinas. La unidad médica está equipada con un aparato de electroencefalografía que nunca se ha utilizado, uno de Rayos X que igualmente no se ha estrenado y una sala de Análisis Clínicos que tampoco funciona dado que la analítica se envía sistemáticamente al Hospital General.

Cuenta con tres módulos. El primer módulo esta en uno de los extremos del complejo penitenciario. Este Pabellón tiene fácil comunicación con varias de las dependencias en que trabajan los tales penados: la cocina, amplia y provista de frigoríficos en calidad y cantidad aparentemente suficientes y para cuya dirección hay contratados dos cocineros a uno de los cuales, que hace el turno de mañana; la lavandería, y un amplio almacén de ropa. El centro del complejo arquitectónico está formado por tres Pabellones en forma de «U» en cuya abertura hay un gran patio adornado por naranjos que no se usa en la vida cotidiana. Este patio está separado de cada uno de los tres Pabellones que ocupan los enfermos psiquiátricos por verjas y puertas enrejadas. El patio se cierra por su cuarto lado con tres dependencias: un gran salón de cine, una sala con tres o cuatro

máquinas de juego y un gimnasio en el que hacen ejercicios físicos tres internos. Tanto el Pabellón de «Destinos» (en el lenguaje penitenciario se les llama «destinos» a aquellos penados que redimen pena por medio del trabajo en el Centro. Tal trabajo lo realizan en la cocina, transporte de la comida, lavandería, almacenes de ropa y, en general, en el mantenimiento de la infraestructura del establecimiento. Pero también realizan su trabajo en la relación directa con los enfermos: atendiéndoles o vigilándoles en los patios, gimnasios, sala de cosido de balones, economatos, comedores... y, por las noches, dos de ellos ocupan como vigilantes), como los tres habitados por enfermos —conocidos en el Centro como Módulos 1, 2 y 3— tienen unas características arquitectónicas semejantes. Como ha quedado dicho todos ellos tienen tres plantas y uno o dos patios. La planta baja —comunicada con el patio y en la que se desarrolla la totalidad de la vida diurna de los pacientes— es una amplia estancia —medio pasillo, media sala de estar— en la que hay uno o varios televisores y desde la que se accede a uno o dos comedores, un aula, una o dos barberías, un despacho no del todo aislado, los servicios con varias duchas y un cuarto que denominan economato y en el que, a ciertas horas del día, los enfermos pueden comprar tabaco, alguna bebida, etc.

Las dos plantas superiores están formadas, en esencia, por un pasillo flanqueado a derecha e izquierda por las celdas; éstas son todas individuales excepto dos en cada Pabellón provistas de cuatro literas y a las que se destina, a los enfermos con alto riesgo de suicidio, también se emplean, como medio de castigo. Todas las celdas tienen en su interior retrete y lavado. Prácticamente todo el mobiliario de los Pabellones está fijado al suelo y las duchas empotradas en el techo.

El personal del Centro es el siguiente: un director; dos subdirectores (de Régimen y de Tratamiento); un administrador del que dependen tres jefes de oficinas y doce funcionarios de oficinas; un servicio interior directamente dependiente de la dirección y formado por funcionarios del cuerpo de prisiones; seis jefes de servicio; seis jefes de Centro y 80 funcionarios de vigilancia; un equipo técnico constituido por: un médico-psiquiatra a dedicación completa y otro contratado por «acto médico» (20 horas semanales); cuatro médicos internistas; cuatro psicólogos; cuatro asistentes técnicos en salud, un asistente social; seis educadores, y dos profesores de educación general básica; por último, un grupo de contratados laborales: dos cocineros, un electricista, un fontanero, seis auxiliares de clínica y dos ayudantes sanitarios.

El módulo 1 tiene tres dependencias separadas entre sí: una de aislamiento; otra de adaptación, y a la que van los recién ingresados, los que salen del aislamiento y los que con su conducta amenazas y agresiones crean mayores problemas; y, por último, una tercera —el verdadero Módulo 1— que acoge a los psicópatas. La diferencia entre una y otra dependencia no es otra que la de su régimen de vida en lo que afecta a su salida al patio: de la zona de aislamiento no se sale, de la de adaptación se sale 1-1,30 horas y de la última se sale ateniéndose al régimen penitenciario ordinario. Los módulos 2 y 3 son los Pabellones propiamente manicomiales del Sanatorio. El Módulo 2 encierra a los «geriátricos» y tiene un solo patio. El Módulo 3 acoge a los psicóticos.

Tanto el trabajo del personal como la vida de los internados se rigen por el Reglamento de Instituciones Penitenciarias.

Antecedentes nacionales

Antes del Código Procesal Penal actual, regía el Código de Procedimientos penales, el cual, en relación con el tema de la imposición de las medidas de seguridad (de acuerdo con la Sala Constitucional, (2010-12189) las únicas medidas de seguridad posibles en nuestro país son las que se imponen a las personas inimputables, mismas que se han definido como: “medios especiales preventivos, privativos o limitativos de bienes jurídicos, impuestos por las autoridades judiciales a aquellas personas que nuestro ordenamiento jurídico penal califica de “inimputables”, con el fin de “readaptarlos” a la vida social, sea con medidas de educación, de corrección o curación. Son medidas de internamiento en centros hospitalarios o centros técnicos especializados en la atención de discapacitados mentales y suponen la separación del “inimputable” de la sociedad, como una medida preventiva en razón de la protección de la misma y como medida “curativa” para el inimputable” (citado por Harbottle, 2012), permitía que no se realizara juicio previo.

Al respecto, el actual magistrado de la Sala Constitucional, Dr. Fernando Cruz indicó que [...] en el artículo 320, inciso tercero, se establece que debe dictarse un sobreseimiento total cuando se compruebe que existe una causa de

inimputabilidad, (el Código Penal de Costa Rica, en el Título III, artículo 42, sobre la inimputabilidad dice: *es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia, sea esta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes*), autorizando además, la imposición de una medida de seguridad), se presume en este caso, de acuerdo con la norma mencionada, que la imposición de una medida de seguridad no requiere el estricto respeto al debido proceso, ya que se prescinde totalmente de una etapa procesal tan importante como el debate, imponiendo además, una medida que se presume beneficiosa, pero que en realidad puede ser tan represiva como la pena privativa de libertad. (Cruz Castro, F., 1991).

En el año 2002 un pronunciamiento técnico de una comisión interinstitucional convocada por la Defensoría de los Habitantes recomendó la creación de un “Centro Alternativo para la Atención de las Personas con Trastornos Mentales y Conductuales en conflicto con la ley”. (Hernández, 2008).

En el 2006 se presentó un proyecto de Ley de Creación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP), así titulado en aquel entonces, por el diputado Alexander Mora, en el que se proponía la construcción de un hospital-cárcel para las personas inimputables, para ubicarse en la proximidades de alguna cárcel.

(Expediente N° 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos, Asamblea Legislativa *de Costa Rica*).

Debido a la lenta respuesta por parte de las autoridades gubernamentales, los familiares de algunos pacientes internados en el HNP por orden de un médico especialista en psiquiatría, recurrieron a la Sala Cuarta. “La Sala Constitucional, en el voto 4555-2009, ordenó a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) construir un hospital psiquiátrico para inimputables, es decir, un centro especializado para tratar a personas que; en razón de alguna enfermedad mental, cometieron un delito, para lo cual se concedió el plazo de un año. Con este fallo, se pretende dar un tratamiento especial a esta población, pero al mismo tiempo separarlos de los pacientes psiquiátricos no inimputables, para así evitar una serie de problemas que se han presentado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, producto de la convivencia entre estos pacientes. En el mismo fallo, se ordenó al Ministerio de Justicia capacitar a una policía especializada, con el propósito de que colaboren en dicho centro hospitalario”. (Garay, 2009a).

En el momento en que se recibe en el HNP la resolución de la Sala Constitucional, el hospital, según lo expuesto por el Dr. Hernández (2008) cuenta con 724 camas, de las cuales 401 corresponden a una población cautiva que vive en el Hospital y sigue programas de rehabilitación para su desinstitucionalización y 323 camas corresponden a la atención de las personas que sufren crisis psiquiátricas agudas a nivel de todo el país y que ingresan y egresan según criterio médico. Ambas poblaciones coexisten y comparten espacios comunes. Cuando un usuario

cumple tres meses de hospitalización debe ser trasladado a los pabellones donde vive la población cautiva de larga estancia, la cual es la población más vulnerable del Centro Hospitalario y es la que tiene que compartir espacios de convivencia con la población penal, usualmente por tiempos prolongados.

El Licenciado Garay (2009a), comenta que en las reglas mínimas de la ONU para el Tratamiento de los Reclusos, se establece que a los enajenados no se les recluirá en prisiones, sino en instituciones médicas especializadas, lo que implica que ninguno de estos centros de atención médica, puede depender de una entidad de control penitenciario, como lo es la Dirección General de Adaptación Social, sin embargo para la CCSS, el nuevo hospital no debe estar adscrito a la CCSS sino a la Dirección General de Adaptación Social, a lo cual la Ministra de Justicia, de ese momento, indicó en la presa que los *"casos que corresponden a medidas de seguridad de internamiento en el Hospital Psiquiátrico impuestas por los tribunales penales no son competencia del Ministerio de Justicia... dado su carácter médico"*

El Doctor Hernández, (2008), en su trabajo de investigación comenta lo siguiente "se obliga al Hospital Nacional Psiquiátrico a cumplir con dos mandatos diferentes, por un lado ofrecer mayor libertad a los usuarios internados, con recursos para rehabilitarlos y reintegrarlos socialmente y por el otro ser un espacio cerrado de tipo custodial, ya que la concepción de un hospital terapéutico difiere radicalmente de la idea de un hospital de seguridad. En el primero el personal está orientado hacia el tratamiento y la reinserción social de los usuarios, mientras que en el

segundo está orientado hacia la seguridad y el cumplimiento de los tiempos de la pena”.

Los usuarios sujetos a Medidas Curativas de Internamiento o Medidas de Seguridad Curativas de Internamiento que no tienen Trastornos Mentales no logran adaptarse a los programas de rehabilitación y se convierten en personas de difícil manejo para el personal y peligrosos para otros usuarios, ya que incurren en conductas de robos, amenazas violencia física y sexual contra otros, consumo y tráfico de drogas, irrespeto a las reglas establecidas y al personal hospitalario, fugas hospitalarias a repetición, agresión y maltrato contra otros usuarios y crean un clima de inseguridad en el centro, que ya ha sido denunciado por el personal, los usuarios y sus familiares. Para estos sujetos es necesario crear centros de rehabilitación específicos diferentes a las condiciones hospitalarias. (Hernández, 2008).

La Asociación Costarricense de Psiquiatría apoya la construcción del Hospital Psiquiátrico Penitenciario, en aras del respeto a los derechos de los pacientes psiquiátricos y en aplicación de las normas de la Declaración de Hawái. (Garay, 2009b).

También se recibió la opinión de otros actores, quienes comentaron: “Un dictamen jurídico solicitado por la Junta Directiva del Colegio de Enfermeras de Costa Rica, establece que la custodia de los usuarios sujetos a Medidas de Seguridad Curativas y Medidas Curativas de internamiento no es un deber técnico del

profesional en enfermería (oficio CECR pr-153-2002). Lo mismo sostiene la Procuraduría General de la República, según opinión jurídica # O. J. 164-2005, del 18 de octubre del 2005". (Hernández, 2008)

Antecedentes locales

La catalización para la construcción del nuevo Hospital Psiquiátrico se le atribuye precisamente al Dr. González Murillo, quien en 1961 inició una campaña con tal objetivo, la cual fue apoyada por el periódico La Nación y el sector privado (La Nación domingo 30 de mayo de 1971, p. 54), sector (privado) el cual luego se verá beneficiado al utilizar como mano de obra a los pacientes psiquiátricos. En 1974, con la creación del nuevo edificio para el entonces Hospital Nacional Psiquiátrico, el Dr. González explicó la esencia de la nueva tendencia ideológica asilar, y consideró que el valor que tiene el actual acontecimiento es que demuestra el profundo arraigo que han alcanzado las nuevas concepciones en el quehacer psiquiátrico, las cuales no circunscriben la Psiquiatría a una función de custodia y cuidado de pacientes violentos o tranquilos en una institución cerrada, donde el horizonte se acota en las paredes de una celda, sino atribuyéndole una eficiente actividad que se extiende a la comunidad [...]. (La Nación, sábado 14 de septiembre de 1974, p. 22 B).

Con el pasar de los años, el HNP, se convirtió además en el sitio en donde los jueces mandaban a los inimputables a cumplir sus condenas, tal como lo

demuestra el estudio realizado por el Dr. Hernández (2008), en el que se encuentra que predominan las medidas cautelares de internamiento y las sentencias por delitos contra la vida y la farmacodependencia, lo que genera un alto índice de peligrosidad y problemas de conducta intrahospitalaria de parte de la población cautiva por orden judicial. La mayoría de los internamientos realizados no cumplen con los criterios de ingreso hospitalario y sólo un 10.7% presentan un diagnóstico psiquiátrico mayor. Los tiempos de internamiento judicial se dan con mayor frecuencia a los 6 meses, 2 años, 5 años y 20 años, lo que genera costos de internamiento muy altos comparados con los costos promedio de los internamientos por orden médico, que en promedio son 31 días.

Los internamientos por orden judicial se cumplían los primeros 3 meses en los servicios de corta estancia, y posteriormente en los de larga estancia, por todo el tiempo que se prolongue su estadía y el costo por mes de cada paciente en el año 2007 asciende a 18.228.663 colones, sin contar los custodios. (Hernández, 2008).

En una entrevista realizada al Doctor Cristian Elizondo, (Director de CAPEMCOL), realizada el 11 de diciembre del 2012, comenta que desde el 22 de agosto del 2011, se cuenta con el Centro para la Atención Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley, el cual se encuentra localizado en La Uruca, San José, en instalaciones alquiladas por la CCSS, a un costo de 33 000 dólares por mes. El Ministerio de Justicia brinda los custodios y la CCSS tiene destinados al centro, dos psiquiatras, un psicólogo, una trabajadora social, una supervisora de enfermería, cuatro enfermeros profesionales, ocho auxiliares de enfermería, doce

asistentes de pacientes, un administrador, una nutricionista, un abogado, un terapeuta ocupacional y un técnico en terapia ocupacional, estos funcionarios más los custodios de adaptación social suman en total 59. Cuenta con 90 campos para pacientes, sólo hombres, las mujeres son internadas en el HNP. Se reciben usuarios de todo el territorio nacional y de los diferentes juzgados del país. Los alimentos se preparan en el HNP y se trasladan al Centro de forma diaria, las muestras de laboratorio, son tomadas en el Centro y procesadas en el HNP.

Los internos tienen derecho a dos horas de sol por las mañanas y una por la tarde, además de que pueden recibir visita todos los días. Se debe recalcar que los pacientes agudos (recién ingreso, psicóticos, en síndrome de abstinencia, agresivos), se encuentran mezclados con los usuarios crónicos o en proceso de rehabilitación.

Para la recreación cuentan con un salón el cual tiene cancha de “papi futbol”, dos televisores, dos futbolines, dos mesas de ping pon y juegos de mesa. Por el momento no un hay proyecto de construir un centro, ni siquiera se ha determinado donde se construiría.

Continúa trabajando adscrito al HNP, pero la CCSS se encuentra realizando las gestiones para que funcione como una unidad programática.

JUSTIFICACIÓN

La motivación para realizar esta investigación proviene de la práctica laboral del autor de este trabajo, durante su postgrado en psiquiatría, ya que tal situación le ha permitido observar condiciones inadecuadas en el que se desenvuelven las personas sometidas a este tipo de medidas de seguridad cautelares o curativas.

Estas personas, en su doble condición de portadores de una patología mental y problemas con la ley, son internadas en un centro para el manejo de patología mental, para resolver sus problemas con la ley, pero no cuentan con un proceso de rehabilitación adecuado a su enfermedad, el cual involucre no sólo al paciente sino a su familia y comunidad, para que al cumplir su condena estén en condiciones de reinsertarse de nuevo a la sociedad.

Por medio de un Recurso de Amparo presentado ante la Sala Constitucional, por parte de familiares de pacientes ingresados en el HNP por causa médica y no judicial, la sala falla y le ordena a la CCSS, que en el plazo de un año, debe tener un Centro Psiquiátrico, para pacientes ingresados por causa judicial, diferente del HNP, esto mediante el voto 4555-2009.

Con este fallo, se pretende dar un tratamiento especial a esta población, pero al mismo tiempo separarla de los pacientes psiquiátricos, para así evitar una serie de problemas que se han presentado en el Hospital Nacional Psiquiátrico, producto de la convivencia entre ambos grupos. Tanto la comunidad inimputable como el resto de pacientes psiquiátricos, merecen tratamiento, por ser un derecho universal el acceso a la salud. (Garay, 2009a)

El promedio de ingreso en el HNP por medida judicial es de 100 casos por año (registros médicos, HNP, 2011); sin embargo, el HNP no cuenta con las instalaciones adecuadas para el manejo de estos usuarios. La convivencia de los ingresados de este tipo al centro de salud junto a otros pacientes que no han cometido delitos, trae graves consecuencias como lo es el trasiego de drogas, robos, violaciones, manipulación a familiares de pacientes internados para que se encuentren seguros mientras se encuentran en el hospital, entre otros. (Hernández, 2008)

En el HNP, predominan las medidas cautelares de internamiento y las sentencias por delitos contra la vida y la fármaco dependencia, lo que genera un alto índice de peligrosidad y problemas de conducta intrahospitalaria de parte de la población cautiva por orden judicial. La mayoría de los internamientos realizados no cumplen con los criterios de ingreso hospitalario y sólo un 10.7% presentan un diagnóstico psiquiátrico mayor. Los tiempos de internamiento judicial se dan con mayor frecuencia a los 6 meses, 2 años, 5 años y 20 años, lo que genera costos de internamiento muy altos comparados con los costos promedio de los internamientos por orden médica (estancia promedio: 31 días). (Hernández, 2008).

Con este trabajo lo que se pretende es tener un perfil con las características del tipo de paciente que se va a manejar en el centro proyectado (CAPEMCOL) y ver las necesidades que nos va a demandar, para poder brindar un servicio de mejor calidad, el cual vaya en beneficio del usuario y de la sociedad. El fin es lograr la rehabilitación de estas personas, para lograr un reingreso a la sociedad y que al

estar en esta, puedan disfrutar su vida y adaptarse sin problemas, a pesar de su patología de fondo.

De ahí que es importante caracterizar a los pacientes que jurídicamente son catalogados como inimputables en relación con sus delitos y que deben tener asistencia médica en el Hospital Nacional Psiquiátrico, con el fin conocer sus necesidades actuales de acuerdo con la patología médica y social que presente.

Es precisamente por su condición de enfermos/as mentales que su imputabilidad es se ve inhibida o disminuida; de ahí que la prisión como expresión de reacción social a los problemas con la ley, se ejerce internándolos en el HNP, el cual no es el centro para el trato adecuado de estos usuarios. Al realizar este estudio, se va contar con una herramienta que dará un panorama sobre las necesidades de estos usuarios y cuáles son los requerimientos mínimos tanto de recurso humano como de infraestructura y medicación.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

1. Interrogante a estudiar

a. ¿Qué características tienen los pacientes con medida de seguridad ingresados al HNP entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010?

b. Objeto de estudio:

Los registros de los pacientes ingresados con una medida de seguridad al HNP entre 2009 y 2010.

c. Comparaciones

Al ser un estudio descriptivo de los registros de los pacientes ingresados al HNP, por una medida judicial entre 2009 y 2010, no se generarán grupos de comparación.

d. Resultados

Se espera determinar las características de los pacientes que ingresan al HNP con una medida de seguridad, con el fin de identificar y guiar las necesidades de dicho centro de atención especializada en relación con este tipo de usuarios.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características médicas, sociales y judiciales de los pacientes ingresados al HNP, con una medida de seguridad entre 2009 y 2010.

Objetivos específicos

1. Describir las características socio-demográficas, temporales y judiciales en pacientes ingresados al HNP con una medida de seguridad.
2. Determinar las enfermedades mentales y no mentales de los pacientes ingresados al HNP por una medida de seguridad.

MARCO TEORICO

El hombre primitivo consideraba todas las enfermedades como producto de la influencia de fuerzas externas sobrenaturales, representadas por brujas, demonios y espíritus malignos, entre otros. Durante la Edad Media todavía se sostenía esta creencia, por lo cual los enajenados eran encadenados, torturados e incluso quemados. (Arias y Villafuerte, 2004)

La humanidad ha creado mecanismos para imponer un determinado orden social con sus correspondientes instituciones. Estos mecanismos que se han encargado de mantener la estabilidad y el orden social junto con sus instituciones se encarga del control social. (Desanti, 2010).

Los términos enfermedad mental, loco, y locura están cayendo en desuso por ser estigmatizadores y estampar una especie de etiquetaje negativo sobre quienes padecen un trastorno mental. Actualmente se utiliza el concepto trastorno mental, el cual se define como una alteración mental, y fue adoptado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Es innegable la relación entre el derecho y la psiquiatría en este campo; mientras que la psiquiatría trata de ayudar al individuo a controlar su conducta a través de tratamientos psicológicos y farmacológicos, de manera que este no incurra en problemas sociales, el derecho aplica las sanciones una vez que el individuo ha dado prueba de carecer de los controles necesarios para adaptar su conducta a las normas del grupo social. De ahí la necesidad de que las investigaciones de justicia no ignoren ni menosprecie el aporte técnico que brinda el concepto

científico en relación con la normalidad o anormalidad de las facultades mentales de una persona. (Arias, 2004).

En el año 1833, el Gobierno de la República de Costa Rica, por medio del Ministro de la Policía, pasó una nota a la Junta, manifestando la necesidad de internar a muchos individuos que deambulaban por las calles con quebrantos de salud mental, y ofrecía para este hecho, el edificio anexo al Hospital San Juan de Dios. El Poder Legislativo dictó el Acuerdo No. XXXIV de julio de 1833, que el correr de los años daba nacimiento al que había de llamarse Asilo Chapuí, entre otros nombres. (Rodríguez, 1991).

En nuestro país, en el Código General de Carrillo, cuya vigencia dató desde 1841, destacó la rigidez en cuanto a la punición de los delitos. Más de siglo y medio después, en nuestro país se aprobó la Ley Número 7594, el Código Procesal Penal que, a partir del numeral 388, normativiza las particularidades del proceso para la imposición de medidas de seguridad estipuladas en el artículo 101 del Código Penal, tal como el internamiento en un hospital psiquiátrico.

En el Código de Carrillo, el inimputable era considerado como un sujeto al que no se le podía reprochar su conducta. Sin embargo, no se disponía sobre él alguna reacción que tendiera a administrar su cuerpo, como lo sería la aplicación de las medidas de seguridad, o más específicamente, lo que históricamente han implicado estas medidas, especialmente las de internamiento en un nosocomio psiquiátrico. (Garay, 2010)

En 1880 entró en vigencia un nuevo Código Penal que, en su artículo 10, eximía de responsabilidad penal al loco o demente que no haya obrado en un intervalo lúcido (se define como el espacio de tiempo en que una persona que ha perdido el juicio habla en razón y buen sentido. En un demente no es la tranquilidad superficial ni una sombra de calma, no es una simple disminución o remisión del mal, sino una especie de curación pasajera, una intermisión tan marcada, que se parece en todo al restablecimiento de la salud), y a quien por cualquier causa independiente de su voluntad, se hallara privado totalmente de razón. (Código Penal de 1880, artículo 10).

En 1885, bajo el gobierno de Bernardo Soto, se dictó el Decreto XXXVI, en el cual se agregó un elemento esencial al sujeto considerado demente, indicando: Que el grado de cultura que ha alcanzado la República reclama la fundación de un asilo nacional de locos, que proporcione abrigo y asistencia a los dementes pobres y muy especialmente a los que vagan por los caminos sin protección de ningún género, y con peligro para la tranquilidad de los habitantes. (Decreto XXXVI, 29 de abril de 1885).

En el caso del Código Penal del 1880, se estipulaba que “Cuando un loco o demente hubiere cometido un hecho que la ley califica de crimen o incurriere en reiteración de otros que importen simples delitos, el tribunal decretará su reclusión en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo tribunal.

Cinco años después de dictado el Decreto XXXVI, se tornó efectiva su disposición, pues el Hospicio Nacional para Locos “[...] fue inaugurado el 4 de marzo de 1890, (Rodríguez, 1991).

En Costa Rica desde la fundación del Hospital de Insanos (1890), se impuso por su eficiencia. Era calificado de establecimiento magnífico, por su sólida construcción y por los servicios prestados a la población. En esta fecha el Hospital era el único en su género de Centro América. Durante la primera década (1890 - 1900) de existencia del Hospital, fueron asistidos 814 enfermos: 472 hombres y 342 mujeres. Para este entonces la población de la República de Costa Rica, era de 182.073 habitantes. (Carballo, 1990).

Resalta el hecho de la fundación de la Junta de Caridad, el 03 de julio de 1845 y acontecimientos como el que fue dado el 13 de noviembre de 1845 que se declaró la Lotería como Ley del Estado Libre de Costa Rica, aspectos que por sus connotaciones, vendrían a marcar el respaldo y origen del Hospital Nacional Psiquiátrico. (Carballo, 1990)

“Ya no serán los pobres dementes objetos de diversión para unos, de molestias para otros, de conmiseración para la generalidad de las gentes. Ya su desgracia será menos penosa, porque la mano caritativa del pueblo costarricense se ha mostrado pródiga a fin de mejorar así su condición, levantando este edificio que pudiese llamarse “templo”, por estar consagrado al culto de la virtud más sublime: - la caridad —“. Con estas palabras quedó grabado al inaugurarse el Hospital

Nacional Psiquiátrico el 04 de mayo de 1890, en las actas de la Junta de Protección Social de San José, el sentir de un grupo de visionarios y altruistas costarricenses, que vieron cristalizados sus anhelos al dejar a la posteridad, el único centro de salud, para el tratamiento del enfermo mental. (Rodríguez, 1991)

La importancia de este inicio de la historia asilar costarricense radica en que los locos –sin diferenciar a las personas inimputables de los y las demás dementes- eran considerados peligrosos, por lo cual privaba el encierro de sus cuerpos, aunque discursivamente podría haberse indicado alguna función terapéutica; lo cierto es que los datos históricos dejan ver que la función de higiene pública de la psiquiatría sobre los cuerpos de los y las dementes –especialmente las personas pobres-, resultaba primordial y, en virtud de ello, –a diferencia de la actualidad- el hospital debía ser cerrado y no debía mantener una tendencia de puertas abiertas.(Garay, 2010)

Mientras tanto, la significación normativa dada a la persona inimputable mantenía la misma noción sustancial en el Código Penal de 1924, el cual, en su artículo 32, eximía de responsabilidad penal al loco o demente. (Código Penal de la República de Costa Rica, 1924, artículo 32) así, cuando Los jueces y tribunales declaren la irresponsabilidad de un procesado por causa de locura, ordenarán su reclusión en un manicomio, del cual no podrá salir, sino por resolución judicial, previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo cause daño... A falta de casa de locos, el tribunal proveerá lo conveniente para la guarda del insano. (Código Penal de la República de Costa Rica, 1924, artículo 36).

En el código Penal de 1941, para incrementar la concepción de sujeto peligroso de la persona enajenada mental, este código preveía que “[...] también podrán los jueces ordenar que se interne, si lo encuentran peligroso, al infractor, después de haber cumplido la pena reducida por anomalía mental que no resulta enajenación completa”, lo cual deja ver que la peligrosidad del sujeto era estimada como punto medular para tratar al individuo próximo a la locura, hasta el punto de que aun después de descontada la pena, el juez la podría incrementar el tiempo de reclusión, pero ahora en un manicomio, detalle histórico del que deriva una situación de familiaridad entre la cárcel y el asilo psiquiátrico, sea este el encierro como anulación del sujeto. (Código Penal de la República de Costa Rica, 1941, Art. 32).

Entrados en el decenio de 1960, se gesta con mayor fuerza la construcción de un nuevo edificio para el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, cuyo diseño arquitectónico responde a una corriente ideológica distinta, sea esta la de puertas abiertas, ideología instaurada en su arquitectura que, como veremos, luego incide necesariamente en la percepción actual de la persona inimputable. (Carballo, 1990)

El Dr. Abel Pacheco fue el creador del “salario terapéutico”. Organizó a los pacientes en gobierno propio, eliminó los “aislamientos”, y celdas. Creó los Talleres Protegidos en las comunidades. (Carballo, 1990).

La nueva proclividad terapéutica fue explicada en 1974 indicando que no existen celdas de encierro, mantienen contacto con sus seres queridos, siendo visitados o disfrutando de permisos periódicos. Existe vida social, cultural y tratamos en fin, de que cuando un individuo deje nuestra institución, no vaya solo curado, sino que vaya convertido en un mejor ciudadano. (La Nación, sábado 14 de septiembre de 1974, p. 22 B).

Mientras se daba este cambio de paradigma en la concepción del loco, también se gestaba normativamente la creación del nuevo Código Penal de Costa Rica, el cual fue aprobado en el mes de noviembre de 1971 (Código Penal, 1971). Cuando se presentó ante el plenario el Proyecto de Ley de este código, en los motivos específicos relacionados con el actual artículo 42, que contempla la figura de la persona inimputable, se indicó que las causas de la imposibilidad de comprender y de regular nuestro proceder conforme a las normas jurídicas, son de índole psiquiátrica o psicológica. El perito informará al Juez sobre ello. Pero lo que este debe tener principalmente en cuenta es, sí a causa de ese estado mental, el agente no ha podido comprender la índole de su acto o regular su conducta conforme a las normas del derecho. (Asamblea Legislativa, 1970, p. 167).

Sin embargo, durante la tramitación del expediente no quedó mayor registro en cuanto a alguna discusión que suscitará en relación con la concepción de la persona inimputable. Sin embargo, donde sí consta un elemento esencial en cuanto a la concepción de este sujeto, es en el expediente legislativo de discusión del proyecto de Ley del Código Procesal Penal (1998), específicamente en la

discusión que aconteció en el Departamento de Comisiones Legislativas el tema de las medidas de seguridad, en este sentido se indicó que[...] la medida de seguridad sigue siendo en este Código el mismo problema que hemos tenido siempre porque la medida de seguridad la aplicamos precisamente a esa persona que tiene problemas mentales y qué nos dicen las autoridades siquiátricas, que en Costa Rica no tenemos lo que se requiere para esa persona [...] La política siquiátrica nacional es de hospital de puertas abiertas, ellos no tienen contención y por eso es que las autoridades siquiátricas no reciben delincuentes que ellos les llaman peligrosos y que tienen ese problema porque alborotan a los internos [...] Por otro lado, entendemos a las autoridades de Adaptación Social que dicen que tampoco tenemos la forma de atender. Eso va a seguir siendo mientras no tengamos un Hospital-Cárcel. (Asamblea Legislativa, 1998, p. 583 citado por Garay, 2010).

Antes del Código Procesal Penal actual, regía el Código de Procedimientos penales, el cual, en relación con el tema de la imposición de las medidas de seguridad, permitía que no se realizara juicio previo. Al respecto, el actual magistrado de la Sala Constitucional, Dr. Fernando Cruz indicó que [...] en el artículo 320, inciso tercero, se establece que debe dictarse un sobreseimiento total cuando se compruebe que existe una causa de inimputabilidad, autorizando además, la imposición de una medida de seguridad. Se presume en este caso, de acuerdo con la norma mencionada, que la imposición de una medida de seguridad no requiere el estricto respeto al debido proceso, ya que se prescinde totalmente de una etapa procesal tan importante como el debate, imponiendo además, una

medida que se presume beneficiosa, pero que en realidad puede ser tan represiva como la pena privativa de libertad. (Cruz Castro, F., 1991. p. 30).

La Sala Constitucional ha aceptado la posibilidad de que las medidas de seguridad se mantengan durante un plazo indeterminado (Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. Voto 17298-2008 de las 14:51 del 19 de noviembre de 2008), voto redactado precisamente por el magistrado Fernando Cruz, quien diecisiete años antes había afirmado que “[...] una medida que se presume beneficiosa, pero que en realidad puede ser tan represiva como la pena privativa de libertad. (Cruz Castro, F., 1991, p. 30).

La enfermedad mental o la grave perturbación de la conciencia pueden afectar las facultades de las personas, al extremo de que no tengan la capacidad de comprender el carácter ilícito de sus actos (aspecto cognoscitivo) o de adecuarse a esa comprensión (aspecto volitivo). Si la capacidad se excluye completamente, el sujeto es inimputable. Si la exclusión no es completa, nos encontramos ante un supuesto de imputabilidad disminuida, según el numeral 43 del Código Penal de Costa Rica.

La normativa costarricense vigente no es totalmente clara en cuanto a la procedencia de una medida de seguridad en los casos de imputabilidad disminuida, por lo que no existe consenso en la doctrina y jurisprudencia al respecto, pues hay quienes consideran que debe

imponerse una pena de prisión atenuada. (Harbottle, 2012).

En los votos de mayoría de las sentencias 2004-214 y 2005-406, así como en los votos de minoría de los fallos 2005-537 y 2005-616 –todos del Tribunal de Casación Penal del Segundo Circuito Judicial de San José–, se sostuvo que cuando se determina que una persona actuó bajo un estado de imputabilidad disminuida para el momento de los hechos delictivos, lo procedente es el dictado de una pena de prisión atenuada (sentencia condenatoria).

Tratamiento penal de ciertos enfermos mentales

Alrededor del mundo se encuentran varios centros de atención especializada para personas que sufren una enfermedad psiquiátrica, pero que por diversas circunstancias han cometido un delito y son considerados inimputables.

El tratamiento penal y penitenciario de los enfermos mentales no ha dejado de ser objeto de serias discusiones al no haber unanimidad de criterios como: las alteraciones que la forman, su consideración como eximentes en el derecho penal, la conveniencia o no del internamiento de estas personas en centros psiquiátricos de naturaleza penitenciaria; confluye aquí la verdadera esencia del problema: la descoordinación entre los criterios médicos y jurídicos, así como los debates que enfrentan a cada uno de los colectivos; los primeros discuten sobre

la definición y catalogación de la enfermedad mental y los segundos, sobre la existencia o no de la libertad humana (Cervelló, 2004).

En el tratamiento, que se aplica en Costa Rica, se utilizan protocolos de intervención de carácter interdisciplinario que comprenden acciones médicas, de trabajo social, psicología, terapia ocupacional y enfermería, todas orientadas a la estabilización y compensación del estado de salud mental de la persona y a lograr su pronta reincorporación a la familia y a la comunidad, de las cuales su enfermedad lo ha separado, de acuerdo a lo establecido en la ley de protección para las personas con discapacidad que establece que las personas con discapacidad tienen el derecho a vivir en ambientes no segregados, junto a su familia y su comunidad y a ser integrados socialmente como sujetos con derechos. (Hernández, 2008)

-Costa Rica: atención a privados de libertad con problemas mentales

En el país, desde hace muchos años se conoce la necesidad de contar con un centro que preste servicios psiquiátricos hospitalarios para las personas privadas de libertad, por sentencia firme o indiciados en procesos penales, y la consulta ambulatoria, para quienes se encuentran reclusos en centros penitenciarios; todos ellos requieren comprobada necesidad de atención psiquiátrica, ya que el Hospital Nacional Psiquiátrico por sus características, no puede manejar este tipo de pacientes.

En Costa Rica, un privado pierde su libertad ambulatoria, pero no los derechos que todo ser humano lleva inherentes, como lo es el acceso a la salud, que es un derecho protegido por nuestras leyes. Se sabe que los estados de corte garantista, como el costarricense, están obligados a garantizar sin excepción la salud, llámese salud física o salud mental; es aquí donde la medicina penitenciaria empieza a desempeñar su rol (Chocho y González, 2007).

Es evidente que el fundamento de las penas y de las medidas de seguridad es distinto. En las primeras, es el principio de culpabilidad, mientras que en las segundas es la peligrosidad del delincuente. En este sentido, se ha dicho: ...las medidas de seguridad curativas y las penas tienen una naturaleza distinta, pues las primeras son medidas administrativas que sólo son procesal y jurisdiccionalmente penales, pero en modo alguno, materialmente penales, por lo que no pueden ser llamadas “sanciones” -no constituyen sanción a ninguna conducta-, pero para su imposición se requiere acreditar la existencia de un injusto penal (típico y antijurídico), ejecutado materialmente por el sujeto a quien se le impone la medida. La naturaleza de las medidas de seguridad es entonces netamente preventiva y su objetivo expresamente asistencial, pues se imponen al sujeto inimputable, quien al momento de la comisión del hecho se encontraba en estado de incapacidad psíquica para ejecutar el delito, y dependiendo, de igual forma, del grado de peligrosidad del sujeto...”.(citado por Harbottle, 2012).

En forma similar se ha pronunciado el Tribunal de Casación del Tercer Circuito

Judicial de Alajuela, (2008) al afirmar: "...Cuando un individuo no es imputable, no sería viable realizarle el juicio de reproche, en este caso es en el que entra a regir el régimen de medidas de seguridad. El fundamento del sistema de medidas de seguridad no es la culpabilidad, sino la peligrosidad. Con estas lo que se pretende es evitar el peligro para la colectividad y su finalidad se cifra en la prevención especial. Por ello, se ha dicho que con la culpabilidad y el sistema de sanciones se mira hacia el pasado, tomando en cuenta el evento delictivo como base para mesurar la pena; en tanto que con el sistema de medidas de seguridad se mira hacia el futuro, tratando de evitar la reiteración del evento..."

-Conveniencia de un centro psiquiátrico para privados de libertad con enfermedad mental

La Sala Constitucional de Costa Rica, mediante la resolución N° 4555-09 ya citado páginas atrás, ordena a la CCSS crear un centro psiquiátrico para privados de libertad. Asimismo, le da al Ministerio de Justicia un plazo de un año para crear un cuerpo de policía penitenciaria especial, que se encargue de la custodia y contención de los enfermos mentales con medidas cautelares o de seguridad, impuestas por el sistema penal. Adicionalmente, ordena la Sala a ambos entes, la coordinación de sus acciones a efecto de que cuando se construya y entre en funcionamiento el centro psiquiátrico especializado, el cuerpo de la policía penitenciaria referida entre en funcionamiento.

Debido a la resolución anterior, se redactó un proyecto de ley (Expediente N° 16269) para la creación de un centro especializado, dedicado a la atención de estas personas, pero no fue aprobado por la Asamblea Legislativa. Dentro de los puntos más importantes de este proyecto se señalaban:

1. Garantizar los derechos humanos, en relación con la atención y el tratamiento que se debe suministrar a los internos penitenciarios con enfermedades psiquiátricas
2. Asegurar el financiamiento para la construcción del Centro y garantizar la sostenibilidad financiera de la provisión de servicios de atención y tratamiento a los internos penitenciarios con enfermedades psiquiátricas.

Se realizaron consultas al Ministerio de Hacienda, la CCSS, al Ministerio de Justicia, al Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública, a la Contraloría General de la República y a la Corte Suprema de Justicia. De las consultas y las audiencias realizadas, se había concluido que el responsable de la construcción, operación y mantenimiento del Centro Psiquiátrico Penitenciario sería el Ministerio de Justicia, mientras la CCSS brindaría los servicios médicos necesarios, sustentados en la suscripción de un convenio.

En las negociaciones entre la CCSS y el Ministerio de Justicia, quedó claro que sería la CCSS el ente bajo el cual estaría adscrito el Centro Psiquiátrico Penitenciario. Por lo tanto, se tendría que firmar un convenio entre ambos entes, a efecto de que se brindase la custodia y contención de los enfermos mentales

con medidas cautelares o de seguridad impuestas por el sistema penal, por medio de un cuerpo especializado de policía penitenciaria. Asimismo, se regulaba lo referente a custodia y protección del personal del Centro Psiquiátrico Penitenciario (Expediente N° 16269 Comisión Especial de Derechos Humanos).

-Legislación costarricense sobre sentenciados con problemas mentales

La actividad médico forense, como aplicación de los conocimientos médicos en auxilio del desenvolvimiento y administración de la justicia social, cuenta en el propio cuerpo de los textos legales con puntos de referencia que a forma de planteamientos específicos o "fórmulas", mal que bien permiten una interpretación de lo que el perito médico debe responder cuando se le cuestiona un problema.

El dictamen médico es vital para llegar a declarar el estado de incapacidad de una persona y así lo han aceptado los tribunales desde vieja data al afirmar: En lo referente al estudio, análisis y determinación de enfermedades mentales, los médicos son los llamados a decir la última palabra, por más que los jueces puedan entender también de la materia médico legal y apreciar los casos... (Casación de 14:30 horas del 19 de mayo de 1942). (Citado por Bresciani, 2004).

Pero, en este momento, en el Poder Judicial, en el Departamento de Medicatura Forense, hay profesionales que no son psiquiatras, sino psicólogos que realizan valoraciones periciales cuando el competente sería el médico psiquiatra, esto como lo norma el código Penal. Ello porque pueden presentarse casos en la

práctica forense en los que el origen del problema mental sea fisiológico; por ejemplo, y el psiquiatra puede realizar los exámenes médicos pertinentes para descartar enfermedades meramente físicas, como puede ser un tumor que esté presionando un lóbulo cerebral y que provoque un desajuste en la conducta, mientras que el psicólogo no puede por no ser médico. “En conclusión, es importante contar con el personal capacitado a fin de realizar dichas labores. Con esto mejoraría sustancialmente todo el engranaje judicial del país y se lograrían peritajes más exactos e intersubjetivos, que es lo exigido por la amalgama de dos ciencias, la psiquiatría y el derecho”. (Arias, Villafuerte, 2010)

La prueba debe ser concluyente para llegar a determinar la discapacidad o disminución de las facultades mentales de una persona, y para ello se ha aceptado también la prueba testimonial, pues se ha dicho que: ...la demencia tiene manifestaciones características capaces de revelar a cualquier persona la existencia del impedimento (Casación de las 15 horas del 18 de mayo de 1949). (Citado por Bresciani, 2004)

La curatela (Curatela: es cierto régimen jurídico correspondiente a los mayores que se hayan en estado de incapacidad mental o física para el gobierno de su persona y bienes. Tiene por objeto la protección de los alienados que, en razón de su incapacidad carecen de idoneidad indispensable para el cuidado de su persona y se sus negocios y la defensa publica contra los daños que a las gentes y a sus propiedades pudieran ocasional a causa del estado de insensatez en que por lo común se encuentran)(Brenes, 1984), está prevista para la protección de la

persona física, mayor de edad, que tenga una discapacidad física o mental, y para la tutela de sus intereses patrimoniales y personales mientras dure la incapacidad. Ante esta situación se requiere declarar a la persona en estado de interdicción (la interdicción es el estado en que deviene la persona a quien se le declara incapaz de determinados actos de la vida civil y que es, por ello, privada de la administración de su persona y bienes. En este sentido general, interdicción e incapacidad son equivalentes. Pero en un sentido técnico y concreto, la interdicción civil es la incapacitación procedente de una sanción de índole penal, aplicable a los sentenciados en firme por determinados delitos. La propia condición de recluso podría explicar el sometimiento a tutela del que se halla en entredicho, que se extendía a la administración de sus bienes y representación en juicio. (enciclopedia - jurídica, 2008). Esta solicitud puede ser hecha por el cónyuge o los parientes que tendrán derecho a la sucesión intestada o bien por la Procuraduría General de la República. (Artículo 231 del Código de Familia y 847 inciso 2 del Código Procesal Civil). El hecho de que la Procuraduría General de la República pueda pedir la curatela, refleja el interés social de que no existan personas incapaces sin un representante legal.

Acorde con los artículos 230 y 240 del Código de Familia, la discapacidad que padece el sujeto podría ser permanente o transitoria. Es una curatela muy amplia la que prevé la ley: siempre que sea necesario atender la administración de alguno o algunos de los negocios de una persona, que por cualquier motivo se halle accidentalmente imposibilitada de hacer valer sus derechos por sí misma. Lo anterior quiere decir que en estos casos se le puede nombrar curador a una

persona que no tenga afectadas sus capacidades cognoscitivas o volitivas. Distinto es el caso del curador permanente, porque en tal caso sí se obedece a una razón de incapacidad.

Para ello el Código Procesal Civil tiene regulado en los artículos 847 a 853 lo relativo al proceso de insania, con los requisitos que debe contener la solicitud de interdicción y el trámite que se ha de seguir, hasta llegar a declarar o no el estado de incapacidad, caso en el cual se designará al curador que corresponda conforme con el Código de Familia, y cesará la administración provisional.

Como requisitos para la solicitud de interdicción, además de indicar el nombre y las calidades del solicitante y de la persona cuya interdicción se pide, y de señalar el parentesco existente, siempre que la solicitud no la haga la Procuraduría General de la República, se deben indicar los hechos que motivan la solicitud y señalar los bienes del insano, si los hubiere, y se debe presentar un dictamen médico en el que se diagnostique la falta de capacidad cognoscitiva o volitiva. Recibido el escrito, el juez ordenará al Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial que examine al presunto insano y emita un dictamen, el cual deberá contener los extremos que señala el artículo 848 del Código Procesal Civil: básicamente el carácter propio de la enfermedad, los cambios que puedan sobrevenir durante el curso de la enfermedad, su duración, la posible terminación o si por el contrario es incurable; también las consecuencias de la enfermedad en el comportamiento social y en la administración de los bienes del enfermo; además del tratamiento idóneo. (Citado por Bresciani, 2004).

El modo procesal de imponer las medidas de seguridad ante la declaración de inimputabilidad, conviene primero indicar cuál es el proceso actual para imponerlas. Con respecto al modo de imposición actual de estas medidas, el mismo se encuentra regulado a partir del artículo 388 del Código Procesal Penal, y sus reglas específicas se estipulan en el numeral 389 de dicho cuerpo legal, las cuales disponen que este proceso se rija bajo las reglas ordinarias, con las siguientes excepciones:

- a) Cuando el imputado sea incapaz, será representado para todos los efectos por su defensor en las diligencias del procedimiento, salvo los actos de carácter personal.
- b) En el caso previsto por el inciso anterior, no se exigirá la declaración previa del imputado para presentar acusación; pero su defensor podrá manifestar cuanto considere conveniente para la defensa de su representado.
- c) El procedimiento aquí previsto no se tramitará juntamente con uno ordinario.
- d) El juicio se realizará sin la presencia del imputado cuando sea inconveniente a causa de su estado o por razones de orden y seguridad.
- e) No serán aplicables las reglas referidas al procedimiento abreviado, ni las de la suspensión del procedimiento a prueba. (Código Procesal Penal, artículo 389, 1998).

Como se observa, estas reglas de excepción permiten que la persona inimputable sea procesada en ausencia, estimando que para tal efecto será representada por su defensor o defensora, lo cual necesariamente conlleva que no se pueda ejercer el derecho de defensa material como garantía integrante del debido proceso.

Asimismo, se podrá prescindir la declaración de la persona imputada, acto en el que por definición se ejercita la defensa material, en el cual una persona imputada puede ejercer activamente la defensa de sus intereses. (Garay, 2010).

De lo anterior el jurista Norberto Garay (2010) comenta: No obstante, al permitir que este juicio sea realizado en ausencia de la persona imputado, autoriza igualmente que para los efectos del o de la inimputable se le imponga la medida de seguridad sin el debate respetivo, pues al no presenciario, para él o ella dicho juicio no existiría nunca. El trasfondo ideológico de esta posibilidad legal posiciona falsamente al destinatario de la norma frente al debido proceso, ya que aparenta que respeta las garantías procesales, cuando en realidad este respeto procesal podría no existir.

El dictamen médico es vital para llegar a declarar el estado de incapacidad de una persona y así lo han aceptado los tribunales desde vieja data al afirmar: En lo referente al estudio, análisis y determinación de enfermedades mentales, los médicos son los llamados a decir la última palabra, por más que los jueces puedan entender también de la materia médico legal y apreciar los casos... (Casación de 14:30 horas del 19 de mayo de 1942).

El perito médico aporta criterios periciales apegados con toda rigurosidad al dominio de su arte o ciencia (pericias). El perito desde el lugar que le corresponde, no emite prueba; emite pericias cuyo requisito fundamental es su mayor apego a la verdad científica. (Del Valle, 2004)

El Código Penal de Costa Rica, en el Título III, artículo 42, sobre la inimputabilidad dice: es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia, sea esta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes.

En cuanto a la imputabilidad disminuida, el artículo 43, menciona: se considera que actúa con imputabilidad disminuida quien, por efecto de las causas a que se refiere el artículo 42, no posea sino incompletamente en el momento de la acción u omisión, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión.

El artículo 44, habla sobre la perturbación provocada y dice: cuando el agente haya provocado la perturbación de la conciencia a que se refieren los artículos anteriores, (42 -43), responderá del hecho cometido por el dolo o culpa en que se hallare en el momento de colocarse en tal estado y aún podrá agravarse la respectiva pena, si el propósito del agente hubiere sido facilitar su realización o procurarse una excusa.

En cuanto a la responsabilidad civil del inimputable, el Código Penal en su artículo 104, dice: en los casos de inimputabilidad, subsiste la responsabilidad del incapaz, siempre que queden asegurados sus alimentos o los gastos que ocasione su internamiento y de ella serán subsidiariamente responsables sus padres, tutores,

curadores o depositarios que hubieren podido evitar el daño o descuido sus deberes de guarda. La misma regla se aplicará en el caso de los semiinimputables.

Las posibles variantes que pueden derivarse de la clasificación penal de una persona con trastornos psiquiátricos en materia de reclusión son:

1.- Persona con trastorno psiquiátrico de nivel cualitativo y coincidente con el delito resulta inimputable. Está exento de responsabilidad penal el que comete el hecho delictivo en estado de enajenación mental, trastorno mental transitorio o desarrollo mental retardado, si por alguna de estas causas no posee la facultad de comprender el alcance de sus actos y dirigir su conducta) salvo que sea intencional, auto provocado o previsible. El sujeto no va a régimen penitenciario; si fuera necesario, con base en criterio médico, el Tribunal que lo juzga puede imponerle reclusión pero hospitalaria en centros de salud pública.

2.-Persona que durante la permanencia en el régimen penitenciario al que fue previamente sancionada debuta con graves trastornos mentales equiparables a la enajenación: su aparición pos delictiva no puede determinar inimputabilidad, pero la ley establece que no puede seguir en prisión y tienen que ser trasladada también a centros de salud pública.

3. - Persona con trastorno psiquiátrico que no llega a clasificar en niveles de inimputabilidad en general o de enajenación en particular: pueden ir o ser encontrados en régimen penitenciario (Chocho y González, 2007).

Existe en este grupo un subconjunto de pacientes con los que la conducta está penalmente prevista: los alcohólicos y drogadictos. Si el delito ha sido cometido por un dipsómano o un narcómano, se puede ordenar su internamiento en un establecimiento asistencial de desintoxicación antes de la ejecución de la sanción; y los que de ser responsables en las circunstancias en que cometieron el delito no estarán aptos para permanecer en prisión, sin grave riesgo para su salud, si no realizan primero un tratamiento de deshabituación y luego ingresar a prisión. El hallazgo pericial de un sujeto dentro de esta posibilidad no conlleva sino el pronunciamiento penalmente establecido, es decir, no compatible con el régimen penitenciario salvo realizar primero un tratamiento de deshabituación, sin llegar a excluir que este se reciba en el hospital del propio penal. (Garay, 2010)

En esta variante pueden estar pacientes cuyo nivel de desajuste no los hace exentos, pero les impide realmente adaptarse a la disciplina y ambiente de la prisión, por lo que resultan incapaces de rehabilitarse y en algunos casos son susceptibles de incrementar su peligrosidad al asimilar aptitudes negativas de los reclusos, o aun de victimizarse en ese medio. Ejemplo: pacientes con retraso mental moderado, otros con defecto de origen orgánico (epilépticos) así como portadores de enfermedades limítrofe, en la práctica realmente son incompatibles para la permanencia en prisión, salvo que en un futuro se creen penales específicos para este estrato (Gisbert, 1997).

Conforme el numeral 97 del código penal:

“...Las medidas de seguridad se aplicarán solamente a las personas que hayan

cometido un hecho punible, cuando del informe que vierta el Instituto de Criminología se deduzca la posibilidad de que vuelvan a delinquir...”.

En nuestro medio, este artículo ha sido analizado por la jurisprudencia de la Sala Constitucional, de la Sala Tercera y de los Tribunales de Casación Penal. No obstante, no existe consenso en cuanto a si para imponer la medida de seguridad necesariamente se debe contar con el informe del Instituto de Criminología, con la finalidad de determinar la “peligrosidad criminal”. (Harbottle, 2012)

La Sala Constitucional (2586 - 1993) ha asumido el criterio de que es necesario contar con dicho informe. Al respecto ha señalado: “...No a todos los inimputables se les impone este tipo de medidas, pues ello depende de su necesidad, de las condiciones personales del sujeto, con miras a la mejoría de su estado psíquico anormal, de ahí la necesidad de informe del Instituto Nacional de Criminología en el que se establezca la posibilidad de que se vuelva a delinquir en razón del estado de inimputabilidad...” La Sala Tercera (625 - 2007) en forma reiterada ha dicho que el informe del Instituto de Criminología es una exigencia previa para la imposición de una medida de seguridad, siendo que en los casos en que ésta se ha impuesto sin haberse recabado el respectivo informe, se ha procedido a ordenar la nulidad de la sentencia en lo que atañe a la fijación de la medida de seguridad y se ha ordenado el reenvío para su determinación conforme a derecho. Sobre este punto se ha dicho: “...Además de la condición de inimputable, para la aplicación de la medida de seguridad, se requiere de un pronóstico sobre

su comportamiento futuro, de conformidad con el artículo 97 del Código Penal.

El voto 2007-00625, de la sala Tercera, se pronunció en este mismo sentido destacando: "...El artículo 97 del Código Penal contiene una norma general para la aplicación de las medidas de seguridad en cualquier caso. De esta se deriva que para imponer una medida de seguridad, siempre y en todos los casos ha de examinarse la posibilidad de que la persona vuelva a cometer el delito...".Esta misma Sala, (00763- 2010) ha pronunciado reiterando la obligatoriedad de dicho informe. En el fallo 2010-00763 se indicó: "...tampoco resulta procedente obviar el recabar repetido dictamen, como lo arguye la representante fiscal, en virtud de la aplicación del principio de libertad probatoria. Su análisis deviene obligatorio, no sólo porque, en nuestro medio, el juez no se encuentra autorizado para aplicar sus propios y eventuales conocimientos técnicos en esta materia, sino, también por existir un mandato expreso de la ley, lo que precisamente constituye una excepción al principio de libertad probatoria aludido...".

Por su parte, dentro del Tribunal de Casación del Segundo Circuito Judicial se han asumido diversas posiciones con, prevaleciendo la tesis sobre la obligatoriedad del informe. En este mismo sentido el Tribunal de Casación de Cartago ha dispuesto: "...la imposición de la medida de seguridad...fue impuesta por la juzgadora de juicio sin tener a la vista el informe del Instituto de Criminología exigido por el numeral 97 del Código Penal, con el fin de

determinar la posibilidad de que el imputado volviera a delinquir. Esta situación hace que la juzgadora no ponderara la necesidad del internamiento en un centro psiquiátrico sobre alguna base técnica. Por ello, debe declararse con lugar el motivo, y en su lugar anular el fallo parcialmente únicamente en lo que atañe a la imposición de la medida de seguridad...” (Citado por Harbottle, 2012)

También hay pacientes con trastornos importantes de orden afectivo y con gran riesgo suicida o de frecuentes descompensaciones que necesitan de un análisis casuístico; aunque en general, resultan compatibles con la prisión, pero obligan a que el perito aclare que requieren permanecer en establecimientos en los que puedan recibir atención psiquiátrica ambulatoria, especialmente estrecha. La posibilidad de que ellos requieran ingresos en algún momento no debe considerarse como semejantes a los mencionados en el número 1, ya que un ingreso psiquiátrico no necesariamente se produce por un trastorno psicótico y aún más, no siempre un trastorno psicótico se equipara a una enajenación; de ahí la existencia instalaciones para hospitalización psiquiátrica dentro de los grandes centros penitenciarios. (Gisbert, 1997).

El peritaje sobre aptitud para permanecer en régimen penitenciario debe establecer si el sujeto examinado se corresponde con una de las variantes. En caso de ubicarse en alguna de las dos primeras, la definición jurídica de la conducta a seguir es clara, pero en el caso de la tercera cabe la posibilidad de análisis casuístico y de recomendar al tribunal los requerimientos

terapéuticos que eviten complicaciones (suicidio) o empeoramiento (Garay, 2009a).

Las medidas de seguridad pueden llegar a ser incluso más perjudiciales que la pena de prisión en razón de la indeterminación temporal, y de que las personas a las que se les ha impuesto estas medidas no pueden ser objeto de ciertos beneficios, tales como el indulto, el contemplado en el artículo 55 del Código Penal y la libertad condicional que se otorgan a los reos, por tratarse de medidas eminentemente curativas y preventivas. (Harbottle, 2012)

Debe señalarse que la variedad de posibles medidas por aplicar en un sujeto, entre las previstas con distintos grados de internamiento en el Código Penal, puede determinar el cuestionamiento, por parte de la autoridad judicial, de si alguno de ellos en concreto, se aviene con el trastorno que sufre el evaluado. Nada se opone a que, luego de definir el grado de aptitud o competencia que en general el sujeto presenta para el régimen penitenciario, se haga el análisis de si el que se cuestiona resulta o no el más conveniente para quien se evalúa. Sujetos muy ansiosos, inseguros, dependientes y con grandes limitaciones para la relación interpersonal pudieran tener dificultades para la adaptación a un albergue; en cambio, les sería más fácil y útil, a su rehabilitación en un trabajo correccional sin internamiento; sin embargo, de forma absoluta pudiera ser compatible con cualquier variante del régimen. La consideración del criterio médico a la mejor adaptación de la medida para aplicar a las condiciones particulares del agente, en este caso a sus

particularidades psicopatológicas, serían recomendaciones. Esta pericia la realiza un número impar de profesionales de la salud, en comisión designada por instancias del Ministerio de Salud Pública, organismo rector de la actividad pericial médica. (Garay, 2009b).

El concepto de imputabilidad, que tiene una base psicológica, comprende el conjunto de facultades psíquicas mínimas que debe poseer un sujeto autor de un delito para que pueda ser declarado culpable de él (Muñoz Conde, 1988).

Si bien la inimputabilidad excluye la responsabilidad legal, no excluye la posibilidad de imposición de medidas de seguridad. Al suponer una anormalidad psíquica, la inimputabilidad puede delatar una personalidad peligrosa, razón por la cual la ley prevé medidas de seguridad para ciertos inimputables (ej. internamiento en un establecimiento psiquiátrico) (Chocho y González, 2007).

La presencia de anomalía o alteración psíquica como causa de inimputabilidad no se resuelve con solo la constatación de la existencia de un trastorno psicopatológico sino que lo relevante es el efecto psicológico que ese trastorno produce en la mente del sujeto. El efecto psicológico ha de consistir en la perturbación de las facultades psíquicas que impida al sujeto conocer lo ilícito de su conducta u orientar su actividad conforme a ese conocimiento. Consecuencia de que sea el efecto psicológico lo que determine el que un trastorno mental sea o no eximente, es que no se

pueden establecer listas de trastornos mentales que se consideren como tales. Al no hacerse de esta forma más simplificada, el proceso se complica.

La labor del psiquiatra forense en el peritaje de la imputabilidad pasa concretamente por tres momentos:

- Determinar la presencia de un trastorno mental, su entidad, significación, evolución y, en su caso, pronóstico.
- Analizar cómo dicho trastorno altera la capacidad de comprender lo injusto del hecho ("capacidad cognitiva") o la capacidad de controlar o dirigir su conducta ("capacidad volitiva").
- Poner en relación de causalidad el trastorno con los déficit de capacidades asociados y la conducta delictiva en cuestión (Vázquez y Hernández, 1993).

El Dr. Marqués (2012), realizó un estudio en China y encontró las siguientes variables asociadas a la descompensación en pacientes con esquizofrenia: sexo masculino, desempleo, consumo de alcohol, edad avanzada, larga duración de la enfermedad, mayor número de internaciones psiquiátricas. El índice del tabaquismo en los esquizofrénicos en China, fue inferior a los valores demostrados en la literatura occidental. La dependencia nicotínica fue más grande en los esquizofrénicos tratados con antipsicóticos típicos de que en aquellos tratados con antipsicóticos atípicos. La mayor motivación del tabaquismo para los esquizofrénicos es el placer de fumar y la necesidad de estimulación psicomotora. Esquizofrénicos relataron efectos subjetivos del tabaquismo con mayor frecuencia de que los controles. Motivos para fumar entre los esquizofrénicos: 75% fuman para calmarse,

49% para mejorar el humor, 43% para estar más alerta, 33% para mejorar la concentración. Los niveles séricos de nicotina fueron superiores en los esquizofrénicos / esquizoafectivos en relación a los controles. Fue confirmada la hipótesis de que los esquizofrénicos captan una cantidad más grande de nicotina por cigarrillo que los fumadores sin trastornos mentales.

A partir del estudio E.C.A. ("Epidemiological Catchment Area") se estudiaron 20.000 personas residentes en 5 grandes ciudades de EEUU de América, entre 1990 y 2005. El estudio ECA encontró una prevalencia de vida del 13,5% para el alcoholismo (trastorno por abuso o dependencia del alcohol), del 6,1% para el abuso o dependencia de otras drogas y un 22,5% para los demás trastornos psiquiátricos. Asociando los trastornos psiquiátricos y todos los trastornos por abuso de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos mentales llegaría al 33% de la población de EEUU. Entre los abusadores de sustancias, la prevalencia de trastornos psiquiátricos sería todavía más elevada que en la población general. Un 36.6% de las personas con alcoholismo y un 53.1%% de las personas con otras drogodependencias presentaron además algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, porcentajes superiores al 22.5% de la población general. También se detecta una mayor prevalencia de alcoholismo y de otras drogodependencias, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados a la población general. (Casas, 2005).

Las medidas de seguridad pueden llegar a ser más gravosas que la pena de prisión. Por ello, es necesario que en las fases de imposición y ejecución de la medida, se cumplan a cabalidad principios básicos propios

de un Estado de Derecho como el costarricense, entre los que destacan: dignidad humana, legalidad y proporcionalidad. Esta labor no es ajena a los órganos de casación. De ahí la importancia de contar con una jurisprudencia uniforme, respetuosa de los derechos de las personas a las que se les impone una medida de seguridad.(Harbottle, 2012).

-Las bases psicobiológicas de la imputabilidad

El criterio clásico es el de considerar que las bases psicológicas de la imputabilidad penal son la existencia de inteligencia o discernimiento suficientes como para conocer la realidad y lo que está bien o mal; desde el punto de vista de ordenamiento positivo, existe una voluntad o libertad suficientes como para poder escoger, elegir entre una opción u otra.

Los requisitos serían:

Un estado de madurez física y psíquica mínima, con relación a la edad.

Plena conciencia de los actos que realiza.

Capacidad de voluntariedad.

Capacidad de libertad (Carrasco, 2009).

Lo que se viene traduciendo como la exigencia, de que en el momento de cometer un delito, la persona posea, por una parte, inteligencia para conocer

y discernir sus actos y, por otra, disponga de voluntad para actuar libremente u optar entre las diferentes posibilidades de actuar.

-Aspectos legales de patologías específicas.

La asociación entre el trastorno mental y el comportamiento delictivo se puede ajustar, en teoría, a cuatro tipos de relaciones básicas:

1. Puede existir una relación escasa o no manifiesta entre los problemas de la salud mental de los individuos y sus delitos.
2. Los trastornos mentales pueden ser la causa necesaria –aunque insuficiente- de los delitos.
3. Los trastornos mentales y los comportamientos delictivos están íntimamente enlazados, tanto en sus orígenes como en sus expresiones.
4. Las acciones delictivas y sus consecuencias pueden ser contribuyentes importantes del desarrollo de trastornos mentales (Gelder, 2004).

En los delincuentes con trastornos mentales casi siempre hay cierto grado de interacción fluctuante y dinámica entre aquellos factores que predisponen a los comportamientos delictivos, así como los síntomas y los efectos de los trastornos mentales (Gelder, 2004).

-Servicios de evaluación y de intervención en caso de urgencia

Es necesario disponer de un servicio de evaluación y de intervención de urgencia, que permita que los privados de libertad puedan ser atendidos en cualquier momento de su período de condena. Los reclusos deben disponer de la capacidad para acudir por su propia decisión, para ser derivados por el personal de custodia, para ser derivados por el personal de atención general a la salud o para ser atendidos por el personal de atención general a la salud o, para ser atendidos en consulta por consejo de familiares, amigos o compañeros reclusos. Una vez más la evaluación se realiza con frecuencia en dos etapas, con contacto inmediato con personal de enfermería y la derivación posterior a un psiquiatra, si es necesario. Cuando se considera necesario, se lleva a cabo el seguimiento del contacto con el desarrollo o la modificación de un plan de atención. (Gelder, 2004).

-Unidades de evaluación y atención de urgencias

Los usuarios con alteraciones o con problemas graves pueden ser referenciados a una unidad de evaluación y de atención de urgencias para que se lleven a cabo observaciones posteriores y tratamiento a corto plazo. Esta unidad debe contar con personal de atención a la salud, disponible las 24 horas del día, pero también con personal de custodia que desempeña un papel en ella.

Lo ideal sería que estas unidades contaran con la contribución de psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales, además de disponer de programas de atención de enfermería. De estas unidades puede pasarse a un hospital fuera de la prisión, a la unidad de atención intermedia de aquella o regresar al régimen carcelario normal, con un plan establecido de atención a la salud (Gelder, 2004).

-Unidades de atención intermedia

Las unidades de atención intermedia proporcionan tratamiento y asistencia intermedia a la salud mental y cuentan principalmente con el personal profesional de salud mental. De estas unidades se pasa al régimen carcelario normal o hacia unidades de atención prolongada; en ambos casos, con un plan desarrollado de atención a la salud. Si los pacientes empeoran, quizá deban regresar a las unidades de atención de urgencia. (Gelder, 2004).

-Unidades de atención prolongada

Cuentan principalmente con funcionarios correccionales que brindan atención adicional a los reclusos que padecen trastornos mentales crónicos, como esquizofrenia. La terapia ocupacional y los servicios educativos son importantes, y se les debe de dar mucho énfasis en esta área. (Weisman, 1998).

-Servicios de consulta externa

Los servicios de consulta externa administran y activan los planes de atención a la salud para las personas privadas de libertad, dentro del régimen carcelario normal. (Weisman, 1998).

-Programas para minimizar suicidios

Desde una perspectiva ideal, los programas para minimizar los suicidios son independientes de los programas de atención a la salud mental e involucran personal correccional y de atención a la salud en un sistema de control y de respuesta que identifica, a través de un programa de derivaciones totalmente abierto, a aquellos reclusos que se encuentran en riesgo de cometer suicidio, y que maneja adecuadamente ese riesgo. Es importante que este servicio se encuentre separado de los servicios de salud mental, tanto para enfatizar el papel central de los ambientes y de las administraciones de las prisiones en la prevención del suicidio como para evitar que la responsabilidad de su prevención caiga inadecuadamente por completo sobre los servicios de atención a la salud mental (Gelder, 2004).

-Asistencia hospitalaria fuera de la prisión

Las conexiones y los procedimientos que faciliten el traslado de los reclusos que necesiten atención psiquiátrica mediante ingreso hospitalario fuera de la prisión, resulta esencial para apoyar los servicios basados en la prisión. Los

servicios de atención a la salud mental de las prisiones son los equivalentes de los servicios basados en la comunidad y de consulta externa, y no los equivalentes de una unidad psiquiátrica de ingreso hospitalaria especializada.

La transición de la prisión a la comunidad es un momento crítico y los servicios de salud mental de las prisiones necesitan establecer los vínculos adecuados con los servicios de la comunidad, para posibilitar una derivación clara y rápida de los reclusos que necesitan recibir atención. En este punto es donde muchos planes de atención quedan a la deriva. En un mundo ideal, los reclusos con trastornos mentales graves, cumplen la última etapa de sus condenas en unidades psiquiátricas generales locales o en unidades forenses donde reciben preparación para su regreso a la comunidad (Weisman, 1998).

-Trastornos del desarrollo y la infancia

Se señalan aquí diversos trastornos que puede haber sufrido la persona imputada en la infancia, la niñez, la adolescencia e inclusive otra etapa de su vida:

a) Retraso mental

El retraso mental es un trastorno cuya característica principal es la detección o evolución deficitaria o incompleta, del desarrollo psíquico, lo que se traduce en un deterioro de las funciones del psiquismo. Entre ellas, como la más relevante, está la capacidad intelectual, resultante global de funciones

cognitivas, del lenguaje y de socialización. Es decir, que no sólo consiste en disponer de una menor inteligencia, sino de sufrir un deterioro de la capacidad de adaptación en general.

Se pueden señalar diversas consideraciones jurídico- forenses para este trastorno: en los retrasos mentales, las graves deficiencias psíquicas que sufren los enfermos que los padecen dan lugar a que, con cierta frecuencia, puedan verse implicados, a lo largo de su vida, en condiciones legales y forenses, de a carácter penal, civil, laboral, etcétera.

Los problemas que se presentan en la práctica forense penal respecto a estas personas pueden ser, según la intervención que hayan tenido en relación con el hecho delictivo, como ser víctimas o sujetos pasivos de aquel. Se debe señalar que no se ven implicados de forma similar los distintos grados de retrasos.

Los delitos están caracterizados, unas veces, por la pobreza del juicio crítico o falta de planificación o porque es absurda o infantil. En cuanto a la imputabilidad, es evidente, que se está ante trastornos que representan una profunda alteración de los procesos cognitivos. Esto y el resto de anomalías afectivas, de relación y del lenguaje, hacen que las bases de la imputabilidad en estos sujetos, resulten a veces, modificadas. Modificación, que irá desde la extensión completa de la responsabilidad, en casos de déficits graves y severos, a otros supuestos en los que tan sólo quepa plantearse una

disminución de aquella, como con los retrasos mentales más leves o la capacidad intelectual límite.

b) Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno del desarrollo caracterizado por grados inapropiados de inatención, actividad e impulsividad; y no es un trastorno de la infancia que desaparece, necesariamente, con la llegada la adolescencia.

Dadas las importantes repercusiones que tiene el TDAH a lo largo del ciclo vital en el plano educativo, familiar y social de quienes padecen, el interés y la preocupación en torno a esta perturbación han aumentado.

c) Trastorno disocial

El trastorno disocial engloba a los niños y adolescentes hasta los 18 años, cuyos rasgos de personalidad son en definitiva, el perfil psicopatológico – social de los delincuentes infanto- juveniles, de los cuales un porcentaje alto, al llegar a la edad adulta, continúan con los mismos patrones de conducta y son diagnosticados con trastorno antisocial de la personalidad; forman así parte mayoritaria del grupo de delincuentes habitualmente o reincidentes.

En este trastorno, más que alteraciones psicopatológicas cuantitativas, las padecidas son de tipo cualitativo y especialmente de la esfera afectiva y

emocional, con disminución de la sensibilidad, frialdad afectiva y alteraciones volitivas con paso a la acción en búsqueda de obtención de placer inmediato, condicionado, favorecido o mantenido por causas o factores sociales. Lo que sin duda está subyacente en muchos de estos niños o adolescentes es un problema social, de inadaptación (Valverde, 1993).

Es comprensible que sean sujetos, activos o pasivos, de todo tipo de delitos, daños lesiones, homicidios, robos, tráfico de sustancias, agresiones sexuales, conducción temeraria, o bajo los efectos de sustancias.

La concurrencia de un trastorno de este tipo, por sí sólo, suele resultar irrelevante a efectos de valoración de la imputabilidad.

Delirium, demencias, trastornos amnésicos, y otros trastornos cognitivos

Delirium

El delirium es un trastorno caracterizado por cursar con alteración del nivel de conciencia, con descenso de esta; asimismo, es reversible, de corta duración y se presenta en respuesta a diversas etiologías, no existiendo ninguna específica. Son cuadros que aparecen siempre de forma secundaria o sintomática a una noxa patógena que actúa directamente sobre el sistema nervioso central o de forma indirecta a partir de una afección sistémica. El término delirium se emplea para diferenciarlos de los verdaderos delirios, que surgen con plena lucidez de conciencia.

Algunas consideraciones jurídico-forenses respecto a este trastorno, señalan que efectos penales, este cuadro clínico reúne los elementos suficientes para considerar que, en este estado, la persona que lo sufre tiene alteradas y modificadas las bases psicobiológicas que sustentan la imputabilidad.

Si se demuestra que la acción se produjo en un estado de delirium establecido y pleno, la inimputabilidad será total ya que la clínica de un delirium le impide obviamente comprender lo injusto del hecho y orientar su voluntad con arreglo a ese conocimiento. No obstante, hay situaciones intermedias en las que la sintomatología no es tan intensa como para anular completamente la imputabilidad, lo que da lugar a situaciones de semi imputabilidad, por lo que siempre se debe analizar cada caso en particular y valorar con precisión todas las circunstancias que concurren (Cabrera y Fuertes, 1997).

Para algunos autores constituye una de las pocas veces en que está justificada la eximente de trastorno mental transitorio. En estos casos se exige que se trate de una perturbación mental de causa inmediata evidenciable, pasajera, que termine con la curación sin secuelas, desarrollada sobre una base patológica probada y que sea de tal intensidad que produzca la anulación de la voluntad y entendimiento (Gisbert, Calabuig y Sánchez, 1991).

Este trastorno plantea al perito la problemática de que, en ocasiones, la exploración tiene lugar cuando ha desaparecido el cuadro de delirium,

teniendo que hacer un diagnóstico retrospectivo (Rodes y Martí, 1997)

En sus estados de agitación, estas personas pueden intentar agredir a otras, o autoagredirse, destruir objetos de la casa u hospital, intentar suicidarse, etc.

Demencias

Las demencias son cuadros clínicos que aparecen en enfermedades diversas, tras la acción persistente de consumo de sustancias tóxicas o después de sufrir un traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares o enfermedades neuro degenerativas, entre otras. Las demencias más relevantes son la tipo Alzheimer y la vascular.

La evolución es de comienzo gradual y deterioro cognitivo progresivo; en general se habla de progresiva e irreversible. La característica principal es la existencia de múltiples déficits cognitivos, principalmente en la memoria, la atención, la orientación, el pensamiento, la capacidad de juicio y raciocinio, la reflexión y la conciencia crítica, la simbología, los rendimientos intelectuales y las actividades sociales (Carrasco, 2003).

Algunas consideraciones jurídico-forenses sobre estas patologías son las siguientes:

Psicopatológicamente, las alteraciones con interés y trascendencia forense están centradas en torno a los déficits cognitivos, en especial las alteraciones

de memorias, la alteración de la capacidad lógica y juicio crítico, presencia de ideas delirantes de perjuicio o de otros contenidos, conductas desinhibidas, a veces aumento de la libido, transformación y cambios globales en la personalidad. Todo ello da lugar a la presencia de conductas anómalas, con repercusiones jurídicas diferentes (Carrasco, 2003).

Las demencias constituyen uno de los casos más claros de eximente de responsabilidad. El problema surge en los períodos iniciales de la enfermedad en los que la sintomatología todavía no es muy evidente. Un completo examen neuropsicológico y clínico dará la clave del trastorno y, por tanto, de la inimputabilidad en materia penal.

El carácter de permanencia e irreversibilidad tiene, sin duda, interés forense, a la hora de adoptar alguna decisión jurídica, tanto en el orden penal, en cuanto a la imputabilidad y cumplimiento de condenas o medida de seguridad, como en el ámbito civil, sobre la capacidad civil.

Las alteraciones cognitivas, conducen, asimismo, a la aparición de ideas delirantes, que incluso llegan a considerarse como de “perjuicio senil”, reacción o desarrollo paranoide, cuyo tema nuclear suele aparecer en torno a quejas por malos tratos, robo o expolio de dinero, objetos u otros bienes, con denuncias, verbales o escritas, hacia las personas que precisamente suelen ser las que cuidan de ellos, tales como familiares o instituciones. El aumento de la libido, unido a la desinhibición y alteración del juicio crítico hace que surjan conductas de abusos sexuales, exhibicionismo, matrimonios

tardíos con vicios de consentimiento, cambios en las decisiones de testamentos (Carrasco, 2003).

Los problemas médico- forense más frecuente con la presencia de conductas anómalas surgen en las fases iniciales: el período tradicionalmente considerado como período médico legal de las demencias. Los problemas se derivan, además, de la existencia, en fases iniciales, de remisiones clínicas parciales que plantean dudas de interés médico – legal, con relación a la capacidad penal y civil, dado que los fenómenos psicopatológicos no tienen tanta intensidad o incluso aún no han sido identificados y diagnosticados como formando parte de un cuadro demencial.

Sí es necesario saber que aunque la infracción delictiva cometida en los primeros momentos de desarrollo de la demencia debiera inclinar a la propuesta de semi imputabilidad, la mayoría de los autores opinan que nunca una persona con demencia debería ser sancionada. Es conocida la condición progresiva de la mayoría de estas patologías. Una persona que está desarrollando una demencia aún no suficientemente grave como para serle inimputable su acción, muy pronto carecerá de medios para conocer el valor de la sanción que no podrá comprender en toda su plenitud. La labor del perito es comprobar la capacidad de conocer y querer en el momento de comisión del delito pero también es su deber informar al jurista sobre la índole del trastorno y el desarrollo que este experimenta con el tiempo (Gisbert, Calabuig y Sánchez, 1991).

Un problema es el derivado de la situación social. De hecho, de incapacitación civil que origina la demencia, sin que a la par, existan mecanismos judiciales para el reconocimiento legal de esa realidad. Ello se traduce en riesgo de perjuicio, tanto personal como en el patrimonio, por ser sujetos expuestos al abandono o a deficitarios cuidadores personales, así como por el exceso de su gestión, por lo que pueden ser víctimas de excesivas influencias o de engaños para ser despojados de sus bienes.

Trastornos relacionados con sustancias

Uno de los temas que ha cobrado más importancias en los últimos años en el país lo constituyen los trastornos relacionados con sustancias , debido al aumento de delitos cometidos bajo la influencia de ellas y a la evolución que han sufrido en el tiempo actual, los criterios sobre su incidencia en la conducta del que los realiza.

El alcohol sigue siendo la sustancia más consumida por los españoles de los 15 a los 65 años y junto con el tabaco, la que origina más problemas de salud a sus consumidores; iguales datos se ven en Costa Rica (Carrasco, 2003; IAFA, 2010).

Un estudio sobre todos los homicidios ocurridos en Copenhague durante un periodo de 25 años encontró que el 20% de hombres y el 44% de mujeres fueron diagnosticados como psicóticos, aunque los resultados indican que el 41% de esas personas también eran consumidores de sustancias tóxicas de

forma abusiva. Sin embargo, a lo largo de muchos años de trabajos sobre poblaciones de prisioneros sentenciados, en la escuela de San Louis se ha demostrado que entre ellos existe una alta tasa de sociopatía, así como abuso de alcohol y drogas, pero no ocurre lo mismo con la esquizofrenia. (Fernández, 2007).

El uso de sustancias con efectos euforizantes y sedativos ha sido una tendencia natural del ser humano (Nahas y Trouvé, 1992).

Los pacientes psiquiátricos tienen un riesgo aumentado de desarrollar drogodependencias y los pacientes drogodependientes también tienen un mayor riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos. Aproximada mente una tercera parte de los pacientes psiquiátricos presentan también abuso de alguna sustancia, en algún momento de su vida, el doble de la proporción esperada para la población general. Por otro lado, más de la mitad de los pacientes drogodependientes han presentado algún otro trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida (Casas, 2005).

Entre el consumo de drogas y la comisión de numerosos delitos existe, pues, una relación evidente. La correlación entre el abuso de sustancias y delincuencia es innegable, aun cuando pueda ser discutible. En realidad, esas dos variables, abuso de sustancias y actividad delictiva, son síntoma ambas de una situación común de desajuste personal y social (Fite, 1989)

Un 13% de los drogadictos ha tenido problemas con el Tribunal Tutelar de Menores, un 27% no ha sido detenido en ninguna ocasión y de los que sí han sido detenidos, un 44% ha pasado por la Comisaría menos de cinco veces y un 29% ha pasado una media de quince veces. En relación con el colectivo de sujetos asistidos, un 40% no tiene antecedentes penales ni están pendientes de juicios, y un 32% tienen antecedentes penales y están pendientes de juicio, esto en España (Carrasco, 2003).

En un estudio sobre 331 pacientes hospitalizados, se encontró que la combinación de abuso de sustancias y problemas de falta de adherencia a la medicación estaba asociada significativamente con conducta violenta ocurrida en los cuatro meses anteriores a la hospitalización, una vez controladas variables como status socioeconómico y características clínicas (Fernández, 2007).

Uno de los mayores problemas que plantea el peritaje de un drogodependiente es saber si, en el momento de los hechos (los peritajes se hacen muchas veces tiempo después de transcurridos los hechos), el presunto delincuente drogodependiente se encontraba bajo los efectos de un síndrome de abstinencia, ya que el índice de simulación, disimulación y falsedades es elevado. Los drogodependientes conocen muy bien la clínica propia de estas afecciones lo que puede contribuir a dudar si es una situación real o simulada. Por ello, es importante el reconocimiento médico de forma inmediata al hecho delictivo.

Por ello es importante señalar los aspectos criminógenos de esta problemática: el consumo de drogas origina situaciones en las que surgen conductas delictivas diferentes, que se pueden esquematizar siguiendo a F. de Fazio (1991) (citado por Carrasco 2003) en:

1. Delitos que conciernen y están directamente relacionados con la producción y distribución del ciclo de la droga, cometidos por sujetos que generalmente no presentan cuadros clínicos de abuso o dependencia de aquella, excepción hecha de los traficantes.
2. Delitos cometidos por sujetos bajo la influencia y efectos del consumo de sustancias.
3. Delitos cometidos con el fin de procurarse el dinero necesario para mantener la dependencia. Así, la conducta del drogodependiente resulta, muy a menudo, relacionada con la conducta criminal, esencialmente por esa necesidad de obtener recursos.

Las repercusiones que el consumo general de sustancias puede acarrear en el marco de la aplicación del Código Civil, vienen vinculadas, principalmente, a las referencias que de ellas hace dicho código, de forma explícita y que afectan a la regulación de las relaciones de familia y matrimonio, así como en otras materias tales como los internamientos involuntarios y lo referente, en general, a la capacidad civil. Si bien, en estos últimos casos no existe una mención expresa a los trastornos producidos por sustancias; asimismo, la drogodependencia queda tan solo incluida entre las causas psíquicas que pueden incluirse en esas situaciones de trastorno con la gravedad suficiente, como para la adopción de semejantes medidas (Carrasco, 2003).

El caso de los problemas relacionados con el alcohol será ampliado a continuación.

Trastornos relacionados con el alcohol

Un tema clásico y habitual en los ámbitos forenses es el alcohol, pues no hay que olvidar que ha llegado a afirmarse que esta bebida es amigo del crimen y que el vínculo entre el delito y el alcohol ha sido reconocido desde hace muchos años, bien incrementando la posibilidad de conducta criminal o siendo causa directa de ella (Horen Brian, 1990). El consumo de esta sustancia no acaba de adquirir la consideración, por parte de las autoridades y de la misma sociedad, de problema de primer rango, en todos aquellos aspectos en los que tiene importante relación con la ley.

La evolución que tienen estos trastornos en algunos de los sujetos en los que el alcohol es agente causal, directo o indirecto, a través de la desestructuración, no sólo de la persona sino del entorno familiar y social, se desliza hacia la marginación social y la exclusión. Los alcohólicos son personas que al quedarse sin apoyo pasan a vivir sin cobertura suficiente para mantener un equilibrio adecuado, comienzan una ruta de marginación y exclusión de la sociedad. De ahí que se importante tratar los aspectos penales que implica el alcohol, El abuso de bebidas alcohólicas es un factor criminógeno de primer orden, pues facilita el paso a la acción y por tanto, al acto antisocial (Benezech, Addad, Grasset, 1981). Además, provoca

situaciones de discusión, agresividad, violencia, peleas y altercados, que pueden acabar en lesiones y homicidios.

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio, por los cambios de carácter, distimias, intoxicaciones, ideación paranoides y celotipia. Los más habituales y característicos, en el ambiente familiar, son el abandono de las obligaciones de asistencia al a familia, los malos tratos familiares, amenazas, lesiones, homicidio por celos y agresiones sexuales de tipo incestuoso, con desajustes, disgregación y separación familiar.

Según el estudio ECA, los trastornos psiquiátricos que aparecen asociados con mayor frecuencia al alcoholismo, son trastornos de personalidad antisocial (21 veces más probable que en la población general), la manía (6.2 veces más), la esquizofrenia (4 veces más) y el abuso de drogas (3.9 veces más). Y las drogodependencias que aparecen asociadas al alcoholismo, por orden de mayor a menor frecuencia serían las de cocaína, hipnosedativos, opiáceos, alucinógenos, estimulantes y cannabis. (Casas, 2005)

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

Dentro de este grupo, y con interés forense, se incluyen, además de la esquizofrenia, otros cuadros clínicos como el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizo afectivo, el trastorno delirante, el trastorno psicótico breve,

el trastorno psicótico compartido y los trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias.

Entre los síntomas más característicos de la esquizofrenia se encuentran la presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado, aplanamiento afectivo, etc.

En un trabajo realizado en Berna en 1987, con 282 pacientes varones diagnosticados de esquizofrenia, se encontró un incremento de entre 3 y 4 veces en el riesgo de cometer un delito violento por parte de tales pacientes en relación con la población general. (Fernández, 2007).

No existe un acuerdo respecto a la incidencia de la conducta violenta en los enfermos esquizofrénicos, según indica Calcedo Barba (1994), ya que es difícil establecer la incidencia real de violencia en una población general de enfermos esquizofrénicos, pues las muestras utilizadas en diferentes estudios proceden de diferentes estratos del sistema asistencial, lo que lleva consigo sesgos importantes.

Un estudio realizado entre los nacidos en una región del Norte de Finlandia entre 1966 y 1992 (n=12.058) encontró que las personas con diagnóstico de esquizofrenia fueron condenadas por delito violento 3,6 veces más que las personas sin diagnóstico psiquiátrico. Un seguimiento de los nacidos en Dinamarca entre 1944 y 1947 (n=358.180) encontró un conducta violenta 4

veces mayor en personas con diagnóstico de esquizofrenia que en las que no tenían ningún tipo de diagnóstico. (Fernández, 2007).

El esquizofrénico debe ser considerado para a efectos penales como inimputable, dada la grave afectación imperante. No obstante, no es lo mismo peritar un delito cometido en pleno delirio que el cometido por un esquizofrénico residual con una discreta afectación de la personalidad. Por ello, no es prudente hablar taxativamente de inimputabilidad para todos los infractores de la ley con esquizofrenia. Es siempre necesario poner en relación la enfermedad (forma, evolución, número de brotes, tratamientos, etc.) con el hecho delictivo en cuestión (Cabrera y Fuertes, 1997).

Las formas de comienzo de las conductas delictivas son variables y aparecen en cualquier momento evolutivo; en muchas ocasiones se manifiestan justo en los primeros episodios, como debut de la psicosis. Unas comienzan con fugas del hogar, subirse a un medio de transporte sin dinero, acabar en una ciudad lejana, etc., en el camino puede ser detenido por no pagar el pasaje, por robar para comer, porque su presencia denota algo extraño en los gestos, en las ropas, o porque se enfrenta a las fuerzas policiales, las cuales tratan de detenerlo. Existen estudios que sugieren que la asociación entre trastorno mental y violencia está limitada temporalmente al periodo en el que los síntomas son agudos; la conducta violenta disminuye por debajo incluso de la esperable en la población general en la esquizofrenia crónica. (Fernández 2007).

La conducta violenta está claramente ligada a la presencia de síntomas positivos, mientras que los negativos se correlacionan con una disminución de la violencia. Es notable la asociación entre el delirio de perjuicio, el delirio de influencia, la inserción del pensamiento y otros trastornos formales del pensamiento, las sensaciones alucinatorias y la conducta violenta. Otros síntomas asociados con la violencia en pacientes con esquizofrenia son las disfunciones neurológicas, las anomalías electroencefalográficas y el deterioro neuropsicológico. (Fernández, 2007)

La tentativa de suicidio o el suicidio consumado son asimismo expresión de la violencia psicótica que comienza. Se producen tentativas serias y con intencionalidad definida, en busca de la muerte. Aparecen, asimismo, conductas automutilantes, tales como emasculación del pene, castración, amputación de las orejas, conductas que son respuestas a convicciones delirantes, a estados alucinatorios, de despersonalización o dismorfofóbicos (Carrasco, 2003).

La violencia inmotivada es rara a la vista de los demás, pues no existe relación entre la víctima y el agresor, no se conocen, no hay historia entre ambos, pero para el psicótico sí suele existir una motivación, si bien esta es una motivación patológica; la violencia es respuesta y está en función de la actividad delirante o alucinatoria, o bien, se trata de conductas impulsivas, sin freno, como respuesta extraordinariamente anormal a estímulos o conflictos menores o intrascendentes y sin relación aparente con la actividad delirante o alucinatoria.

Consideraciones especiales merecen la peligrosidad del paciente con trastorno delirante (paranoia) que radica, por un lado, en su aparente normalidad psíquica ya que sólo está afectada una parcela del psiquismo: aquella a la que se refiere su deliro; pero se mantienen intactas sus facultades intelectivas y, por otro, en el fuerte convencimiento de sus ideas delirantes y ausencia completa de conciencia de enfermedad (Cabrera y Fuertes, 1997). Los delitos del paranoico están relacionados con el contenido de sus ideas delirantes. Las impulsiones en estos enfermos se han considerado siempre como las más violentas que pueden surgir en trastornos mentales; tras ellas no suele haber justificación; por lo contrario, frialdad e indiferencia.

Aunque el perito no tiene dudas respecto a la inimputabilidad de estos pacientes, una cosa es la convicción personal y clínica y otra muy diferente la exposición y la debida argumentación de los informes periciales ante los Tribunales de Justicia. Es a veces muy difícil convencer a jueces y magistrados de que el paranoide es inimputable, tanto más cuanto que el resto de su vida social suele ser incluso un ejemplo de perfección y organización. Para ello, el informe pericial se deberá basar en una completa y detallada historia clínica y en una prolongada observación a través de la cual se pondrá en relación el delito con la temática delirante; es esta relación causa-efecto la condición esencial, como ocurría en el esquizofrénico, para determinar la imputabilidad. Si su delito está vinculado a su trama delirante, será fruto de esas ideas patológicas. Demostrada la existencia del estado delirante y la adecuación del delito al contenido del delirio, no se puede

concluir sino la inimputabilidad (Cabrera y Fuertes, 1997). De acuerdo con esta opinión, es posible que el paciente realice un delito al margen de su delirio.

Las conductas que surgen en un primer episodio de actividad o brote, pueden no volver a aparecer nunca; son delitos únicos; bien por la evolución de la enfermedad en sí, bien porque a raíz de ese delito el enfermo está sometido a control y tratamiento. Pero no es infrecuente que el acto violento surja después de varios años de evolución y que haga su aparición en más de una ocasión. Tras algunas conductas criminales reiteradas, como ocurre con los asesinos en serie o los homicidios múltiples de los asesinos en masa, se encuentra la patología esquizofrénica.

En las residuales son más frecuentes los delitos contra la propiedad. Son delitos en los cuales el psicótico puede ser tanto autor como víctima. Así se ven envueltos en robos o tráfico de drogas planeados por otros, estafas, agresiones sexuales, parafilias (Carrasco, 2003).

Se puede convenir que en los episodios de actividad psicótica, la capacidad cognitiva para valorar la realidad y comportarse de forma acorde con la misma, puede y suele estar disminuida o anulada; es una capacidad que puede recuperarse tras remitir el episodio, remisión que puede ser parcial o total.

El interés forense del curso evolutivo es indudable, al menos en algunas formas de evolución. Resulta comprensible que si es fundamental el diagnóstico en el momento de la acción, es decir, el estado psicopatológico concreto en el momento de ocurrir los hechos, por su trascendencia jurídica, no podrá ser igual el tratamiento jurídico-penal si se trata de una esquizofrenia con un episodio único y remisión parcial o incluso total del trastorno, con otros casos de evoluciones menos favorables y en los que persiste actividad psicótica acusada entre los períodos interepisódicos. La capacidad en concreto para conocer y percibir adecuadamente la realidad y comportarse de una manera adecuada a ese conocimiento será muy diferente, como diferente deberá ser el tratamiento penal. Los síntomas positivos tienden a persistir, si bien con la evolución pierden intensidad; lo contrario ocurre con los síntomas negativos que normalmente empeoran, se hacen estables con el tiempo y, que en definitiva, la desorganización es cada vez mayor (Hemsley, 1995).

Otro elemento importante para valorar la imputabilidad del esquizofrénico es el dato de la relación de causalidad entre el trastorno y los hechos que se le atribuyen. Por lo tanto, es preciso determinar si existe una conexión cronológica y de sentido o bien si esta no existe, en cuyo caso se podrá plantear incluso la no incidencia de la esquizofrenia en esos hechos concretos (Carrasco, 2003).

Trastorno esquizoafectivo

En los enfermos con trastorno esquizoafectivo, es frecuente encontrar una discapacidad social – laboral, que dificulta las relaciones interpersonales familiares o extra familiares, absentismo por incapacidad laboral transitoria durante meses, o incapacidad permanente e invalidante en algunos casos de evolución no favorables.

No son infrecuentes las tentativas de suicidio o suicidios consumados, consumo abusivo de alcohol y otras sustancias, como cannabis, con efectos de automedicación; estas sustancias hacen más complejo el cuadro clínico y modifican su evolución, agravándolo. Ello genera, por lo general, más problemas en el ámbito judicial.

Trastorno psicótico breve

Las consecuencias forenses pueden ser importantes en el ámbito penal debido a que una persona en esa situación puede llegar a tener muy disminuidas, y con más frecuencia anuladas, las funciones psíquicas. En consecuencia, si durante la duración del trastorno ha cometido algún delito, puede considerarse que su actuación estuvo derivada de la alteración psicótica y ser merecedor de plantear una modificación de la impunidad.

En 1997, un estudio epidemiológico sobre jóvenes adultos en Israel encontró que el riesgo de conducta violenta para el grupo de trastornos psicóticos se multiplicaba por 3,3. (Fernández, 2007).

El hecho de que sea transitorio, o al menos de ni larga duración, debe repercutir en el planteamiento de una medida de seguridad, que puede resultar innecesaria, al menos en cuanto a medida de seguridad privativa de libertad en internamiento psiquiátrico, dado que en el momento de celebrarse el juicio, y por la propia definición de transitorio, habrán desaparecido los fenómenos anormales (Carrasco, 2003).

Trastornos disociativos

En el caso de las amnesias disociativas, las consecuencias son relativamente frecuentes en la práctica forense.

En el caso de fuga disociativa, la valoración forense va con el objetivo de llegar al diagnóstico del trastorno, de su intensidad y al diagnóstico diferencial con otros cuadros clínicos, incluida la simulación/disimulación (para eludir obligaciones legales, económicas o personales). Tras ello, puede establecerse la motivación patológica de esos hechos y sus circunstancias, lo que surtirá efectos tanto en el ámbito penal, como en lo civil y laboral (Carrasco, 2003).

La regla es que el diagnóstico no es considerado como restrictivo de la responsabilidad en algunos estados de esa nación, mientras que en otros sí que resulta con efectos de disminución de aquella. Asimismo, se aplican los criterios de si conocen, comprenden y eligen libremente, a las personalidades primarias, no las alternativas (Perr, 1991).

En los casos de trastorno de despersonalización, las consecuencias forenses vendrán derivadas de la presencia de conductas anormales en los estados, mientras que sufren experiencias, de despersonalización o desrealización. La incidencia en la imputabilidad en esos casos dependerá no sólo de la experiencia aislada de este fenómeno sino del trastorno mental en el que puede aparecer.

Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son trastornos de muy diversos tipos. Los episodios depresivos se definen por la presencia de un estado de ánimo deprimido acompañado de una pérdida del interés o placer por todas o casi todas las actividades habituales. Junto a ello, se suelen apreciar síntomas como pérdida de apetito y peso, insomnio, excitación o enlentecimiento psicomotor, sensación de fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpa o disminución de la capacidad de concentración. En el otro lado de la moneda se sitúan los episodios de manía caracterizados por la presencia de un estado de ánimo inconfundiblemente elevado, eufórico, expansivo o irritable, que dura un tiempo prolongado y

altera la conducta del paciente. Suele acompañarse de aumento de la actividad social, laboral o sexual.

La depresión puede ocasionar autoacusación de delitos (por las ideas delirantes de indignidad, culpa y ruina personal); puede llegar a crear una cierta confusión policial. Otro aspecto psicológico forense importante considerar es el tema del suicidio. Un problema específico de las depresiones es el denominado "suicidio ampliado". El paciente mata a sus seres más queridos para "aliviarles de la insoportable carga de la vida y evitarle los sufrimientos que tendrían, máxime cuando él falte". Después de matar a sus seres queridos, el depresivo se quita la vida. Puede darse el caso de que falle en este intento, debiendo responder penalmente de su conducta (Ortiz y Ladrón de Guevara, 1998).

En unión a lo anterior, hay que reseñar la buena respuesta al tratamiento farmacológico, en especial a las sales de litio, antidepresivos, ansiolíticos, que previenen los episodios; pero si a pesar de todo, estos surgen, los hacen menos frecuentes e intensos, lo que sin duda ha contribuido a mejorar el pronóstico y tendrá relevancia en la aplicación de las medidas de seguridad; ello facilita el tratamiento en régimen externo (Carrasco, 2003).

Es de enorme importancia el poder determinar, con la mayor precisión, el tipo de trastorno y el estado evolutivo, en el momento determinado que corresponda valorar; al igual, de suma importancia, si el paciente está

cumpliendo con la toma del tratamiento, si está asistiendo a sus citas periódicas y si está o no consumiendo drogas.

En los pacientes con depresión es frecuente el suicidio, con cifras que llegan al 15%. Si bien es una conducta solitaria, en ocasiones, antes de ejecutar la acción suicida, realizan una acción homicida violenta en los seres queridos para evitarles sufrimientos, fracasos, vergüenza, deshonor. Estos casos se denominan suicidio ampliado u homicidio por compasión (Carrasco Gómez, 1994).

No es posible dudar de la inimputabilidad de los trastornos del estado de ánimo (tanto episodios depresivos como maníacos) en sus fases agudas y graves (Cabrera y Fuertes, 1997). Más problemática forense acarrearán los llamados períodos intercríticos así como el resto de alteraciones afectivas (trastornos distímicos, cuadros hipomaníacos) en los que no hay fundamento en principio para restringir la imputabilidad.

Trastornos de la personalidad

De todos los trastornos de personalidad, el actualmente denominado trastorno antisocial es el que más interés tiene desde un punto de vista forense. La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Este patrón ha sido denominado también psicopatía, sociopatía o trastorno disocial de la personalidad. La conflictividad social marca el rasgo

fundamental de la clínica de estas personalidades. Se presentan en hurtos, peleas, pertenencia a pandillas; son personas marginales, violentas, de escaso rendimiento laboral, mentirosas- patológicas, etc. A todo lo anterior hay que sumar absoluta falta de remordimientos y de ansiedad, marcada pobreza afectiva y falta de motivación en la mayoría de sus conductas antisociales. La personalidad antisocial y el abuso de sustancias tóxicas o de alcohol se correlacionan más fuertemente que la esquizofrenia con la conducta violenta. (Fernández, 2007).

Las personalidades antisociales se ven con frecuencia envueltas en multitud de actividades delictivas como autores, encubridores o cómplices. Su desprecio por las normas de convivencia, su frialdad de ánimo y su incapacidad para aprender por la experiencia los hace eminentemente peligrosos.

En la prisión de Zurea (Zaragoza) se han encontrado trastornos de la personalidad en el 31% de la muestra, pero es más ilustrativo el dato que descubre que el 90% de los sujetos con sanciones disciplinarias eran trastornos de personalidad, el 100% eran toxicómanos, no estaban diagnosticados prácticamente y evolucionaban desfavorablemente en prisión, recomendando en las conclusiones el enfoque de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario para permitir su rápido diagnóstico y tratamiento, en beneficio de ellos mismos y de cuantos le rodean. (Rodríguez 2005).

En suma, la psicopatía sólo atenúa la responsabilidad en casos excepcionales en los que puede objetivarse una disminución de la voluntad. En estos casos excepcionales, tendría que venir aparejado con medidas de prevención y tratamiento.

MARCO METODOLÓGICO

Diseño

metodológico

Diseño del estudio: Es un estudio observacional tipo de registros médicos de pacientes ingresados al HNP entre 2009 y 2010, por una medida judicial, el cual pretende generar una descripción de dichos pacientes

Población de estudio: Registros de los pacientes ingresados al HNP, por una medida judicial, entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010.

Criterios de inclusión y exclusión: Se incluirán en el estudio a todos los pacientes ingresados por una medida judicial, sin importar raza, sexo, edad, estado civil, condición socioeconómica y reincidencia.

Se excluirán aquellos pacientes con registros médicos incompletos, menores de 18 años o duplicados.

Variables estudiadas: **Cualitativas**
Sexo.
Variable dicotómica que tendrá dos valores y se codificarán de la siguiente forma 0 hombres 1 mujeres
Estado civil

Variable nominal que tendrá los siguientes valores y codificaciones 0 soltero, 1 casado, 2 divorciado, 3 unión libre, 4 separado.

Enfermedad principal

Variable nominal. Será la enfermedad psiquiátrica por la cual es declarado el delito inimputable, según la clasificación del CIE10.

Enfermedades concomitantes

Variable nominal. Serán las enfermedades médicas que padezca el usuario, se clasificarán según el CIE10

Residencia

Variable nominal. De acuerdo con la procedencia que el paciente mencione en la hoja de ingreso al hospital y la clasificación del CCP (Centro Centroamericano de Población) de los cantones y distritos rurales en Costa Rica.

Juzgado que generó la orden:

Variable nominal. Será la localización geográfica provincial del Juzgado que generó la orden de internamiento. Tomará 7 valores los cuales se codificarán de la siguiente manera 1 San José, 2 Heredia, 3 Alajuela, 4 Cartago, 5 Guanacaste, 6 Puntarenas, 7 Limón.

Tipo de delito

Variable nominal. Se anotará el delito que generó el proceso judicial y se codificará de la siguiente forma 1 homicidio, 2 abusos deshonestos y violaciones sexuales, 3 violencia intrafamiliar, 4, robo, 5 relacionados con drogas, Uso de drogas, tipo de drogas. Si el paciente es usuario de una droga sea esta lícita o ilícita.

Cuantitativas

Edad variable tipo continua

Será la edad en años cumplida por el paciente y documentada en el momento del ingreso de éste al HNP

Número de internamientos previos

Variable tipo discreta. Será el número de internamientos previos no ocasionados por procedimientos judiciales

Estancia hospitalaria Variable discreta. Será la estancia hospitalaria del paciente a causa de su patología psiquiátrica, la cual será la resta del día de ingreso menos el día de egreso del paciente. Será medida en días.

Estancia de la sentencia

Variable discreta. Será la estancia hospitalaria del

	<p>paciente de acuerdo a la sentencia del juez, la cual será la resta del día de ingreso menos el día de egreso del paciente. Será medida en días</p>
<p>Tamaño de la muestra:</p>	<p>Mediante la fórmula para detectar proporción y con el programa Winepiscopo 2.0 se calcula un tamaño de muestra de 137 sujetos. Se calculó con un error estándar del 5 por ciento y un nivel de confianza del 95 por ciento y una prevalencia de enfermedad del 50%.</p>
<p>Técnica de muestro y unidad de análisis:</p>	<p>La unidad de análisis serán los registros de sujetos ingresados por una medida judicial, los cuales se caracterizarán mediante los datos obtenidos en los expedientes clínicos, en ningún momento se interactúa con los sujetos.</p> <p>Se seleccionará el 50 por ciento de los sujetos en el primer año de estudio y el otro 50 en el siguiente año. Se hará un muestreo de los expedientes el cual será aleatorio sistemático para lo cual se solicitarán el número de pacientes inimputables ingresados en ambos años y mediante el programa Excel 8.0 se hará</p>

un muestreo aleatorio de los mismos

Plan de trabajo

Duración del estudio: Febrero del 2012 a Febrero del 2013.

Fecha estimada de inicio y período de enrolamiento: Primer semestre del 2012.

Pruebas estadísticas utilizadas: Estadística descriptiva
Para las variables cualitativas se calcularan proporciones, frecuencias con sus respectivos intervalos de confianza, mientras que para las variables cuantitativas se usaran medidas de tendencia central y dispersión, para los promedios se calculara además sus intervalos de confianza

Limitaciones y posibles sesgos del estudio: Que la información no esté completa en los expedientes y que se encuentren pacientes con orden judicial de internamiento, pero que no tengan una enfermedad psiquiátrica.

Resultados esperados e impacto del estudio:

El lograr tener el perfil del paciente con enfermedad mental que tenga una orden de internamiento judicial, el cual la tendría que cumplir en el futuro hospital Penitenciario. Determinar cuáles van a ser los principales problemas de estos usuarios y el tratar de ver las necesidades del futuro centro de salud – penitenciario, para prepararse a la hora en que entre en funcionamiento dicho centro y poder brindar una atención de calidad y no el llegar a experimentar e improvisar.

Instrumento para la recolección de información:

Encuesta

DISEÑO Y PROCEDIMIENTOS

1. Cronograma del estudio (incluyendo fechas de reportes de avance y presentación del informe final)

Actividad	Febrero 2012	Marzo 2012	Abril 2012	Mayo 2012	Febrero 2013
Elaboración del protocolo	XX				
Aprobación del protocolo por el CLOBI	XX				
Recolección de los datos de los expedientes		XX	XX		
Análisis de los datos de los expedientes				XX	
Entrega del primer avance				XX	
Elaboración de Informe final					XX
Entrega del informe final al CLOBI					XX

2. Generación de los grupos de comparación
 - a. **Aleatorización:** Al ser un estudio observacional de registros médicos no se generan grupos de comparación.
 - b. **Colocación:** Ninguna

3. Descripción de los procedimientos aplicados a seres humanos
 - a. Exámenes de laboratorio y gabinete (si procede) **ninguno**
 - b. Cuestionarios o encuestas **ninguno**

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

1. Número total de participantes que serán enrolados en el estudio en Costa Rica, se van a tomar 137 expedientes, según el cálculo que se realizó para una población de 206 usuarios. La población total según el servicio de estadística del HNP es de 118 pacientes, en el 2010, divididos en 97 hombres y 21 mujeres, y en el 2009, es de 88 usuarios en total, con 11 mujeres y 77 hombres. Nota: cuando se hizo la solicitud al CLOBI, el departamento de estadística del HNP, informó que eran 206 usuarios en total, pero cuando se obtuvo con el visto bueno de la CLOBI la revisión de expedientes total fue 145, y se encontraron algunos repetidos, otros que no se podían incluir por edad y diagnósticos errados. En total de los 145 expedientes, se analizaron 111, para que la muestra fuera significativa.

2. EVALUACIÓN DEL RIESGO / BENEFICIO DE LA INVESTIGACIÓN:

1. Riesgos potenciales:

El riesgo identificado es la pérdida de la confidencialidad de los datos obtenidos de los registros médicos, pero esto se minimizará al ser el investigador principal el responsable del almacenamiento de los dichos datos físicos y digitales.

2. Clasificación de riesgo

Mínimo.

3. Beneficios potenciales al sujeto o a la sociedad

Se logrará identificar qué características presentan los pacientes ingresados al HNP por una medida de seguridad y así optimizar los recursos de dicho centro de atención.

4. Balance del riesgo / beneficio

Mayor es el beneficio que el riesgo identificado

OBLIGACIONES FINANCIERAS Y COMPENSACIÓN:

- 1. Obligaciones financieras del participante. Ninguna**
- 2. Compensación financiera por participación. Ninguna**

IDENTIFICACIÓN DE PARTICIPANTES, RECLUTAMIENTO Y CONSENTIMIENTO:

1. Método de identificación y reclutamiento

Los datos se van a obtener mediante una encuesta que se va a llenar con la información que se encuentre en los expedientes de los pacientes que han estado internados en el hospital Nacional Psiquiátrico por medida judicial, entre los años 2009 y 20010. Antes de pasar la encuesta se le pedirá al Departamento de Registros Médicos la lista total de pacientes ingresados por medida judicial y de ahí se tomará la muestra, por medio de la fórmula matemática expresada en su respectivo punto, (Mediante la fórmula para detectar proporción y con el programa Winepiscopes 2.0 se calcula un tamaño de muestra de 137 sujetos. Se calculó con un error estándar del 5 por ciento y un nivel de confianza del 95 por ciento y una prevalencia de enfermedad del 50%).

2. Protocolos paralelos **Ninguno**

Competencia del participante **Ninguna**

3. Proceso para obtener el consentimiento informado (si procede)

Ninguno

4. Responsables de explicar y obtener el consentimiento informado (si procede) **No aplica**

5. Formularios de consentimiento informado y asentimiento (si procede)
No aplica

6. Excepciones para obtener el consentimiento informado

Es un estudio observacional descriptivo de registros médicos.

7. Propósito de información retenida

No habrá información retenida

INFORMACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:

Compromiso de declarar los potenciales conflictos de interés, me comprometo a declarar si se dieran conflictos de intereses durante la investigación

Código y atestados del investigador Dr. Jorge Gutiérrez Prendas, médico cirujano, código 6084, residente de Psiquiatría.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS:

1. Principio de autonomía

A pesar de ser un estudio observacional descriptivo de registros médicos, el principio de autonomía de los pacientes se respetará, haciendo énfasis en salvaguardar la confidencialidad de los datos de cada paciente que este en los registros estudiados; esto para lograr un marco de respeto y defensa de la dignidad humana

2. Principio de justicia

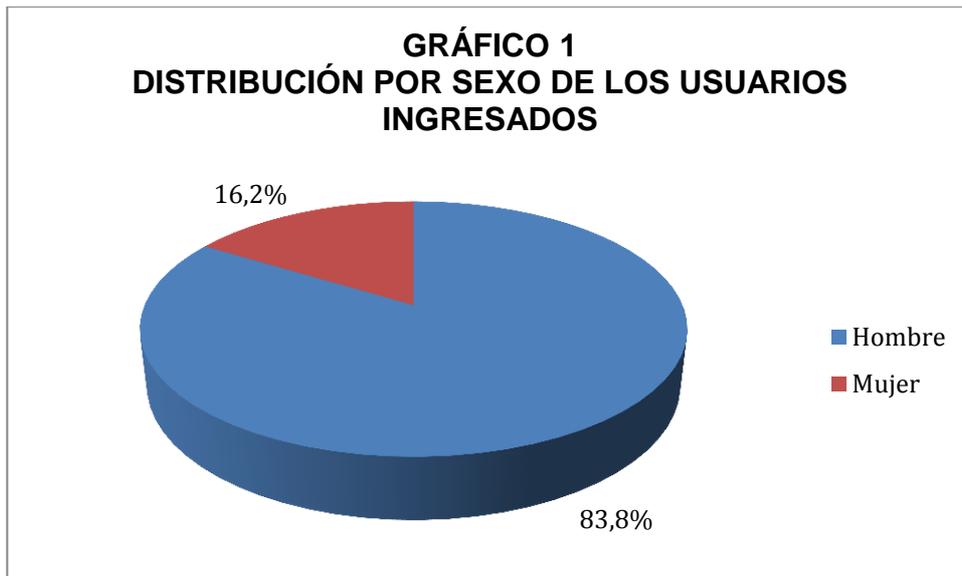
El estudio respetará dicho principio al incorporar todo registro sin importar la condición sociocultural de los pacientes logrando “justicia distributiva” en la descripción de los registros sometidos al estudio. Principio de beneficencia

El estudio buscará el beneficio de los individuos ante todo, los riesgos identificados son razonables a la luz del beneficio esperado. Adicionalmente, debido a la naturaleza del estudio (observacional) no se hará ningún daño deliberado por el investigador en los registros que se incluyan a él.

3. Principio de no maleficencia

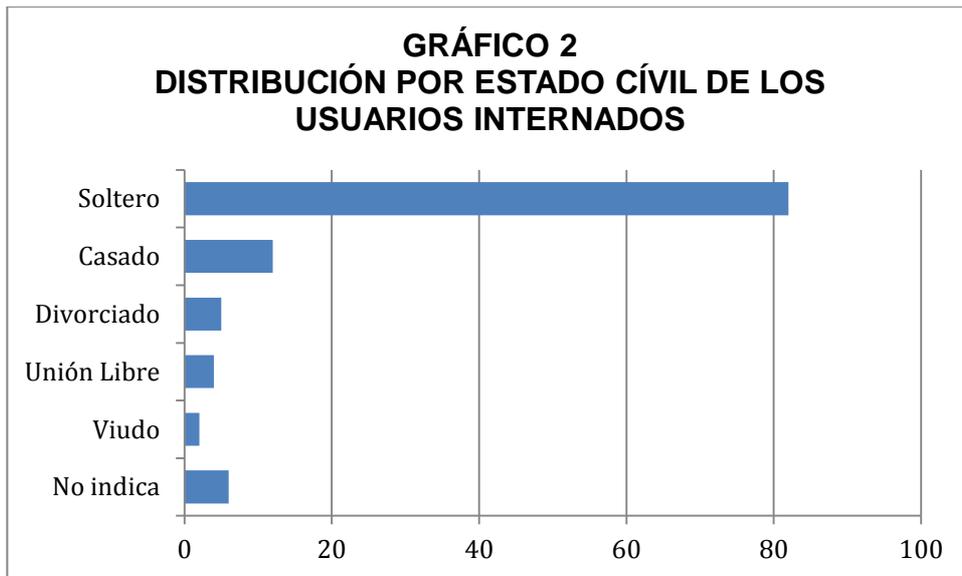
El investigador se compromete a no generar acciones intencionales que perjudiquen o dañen la dignidad de las pacientes en su recopilación de la información

RESULTADOS



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

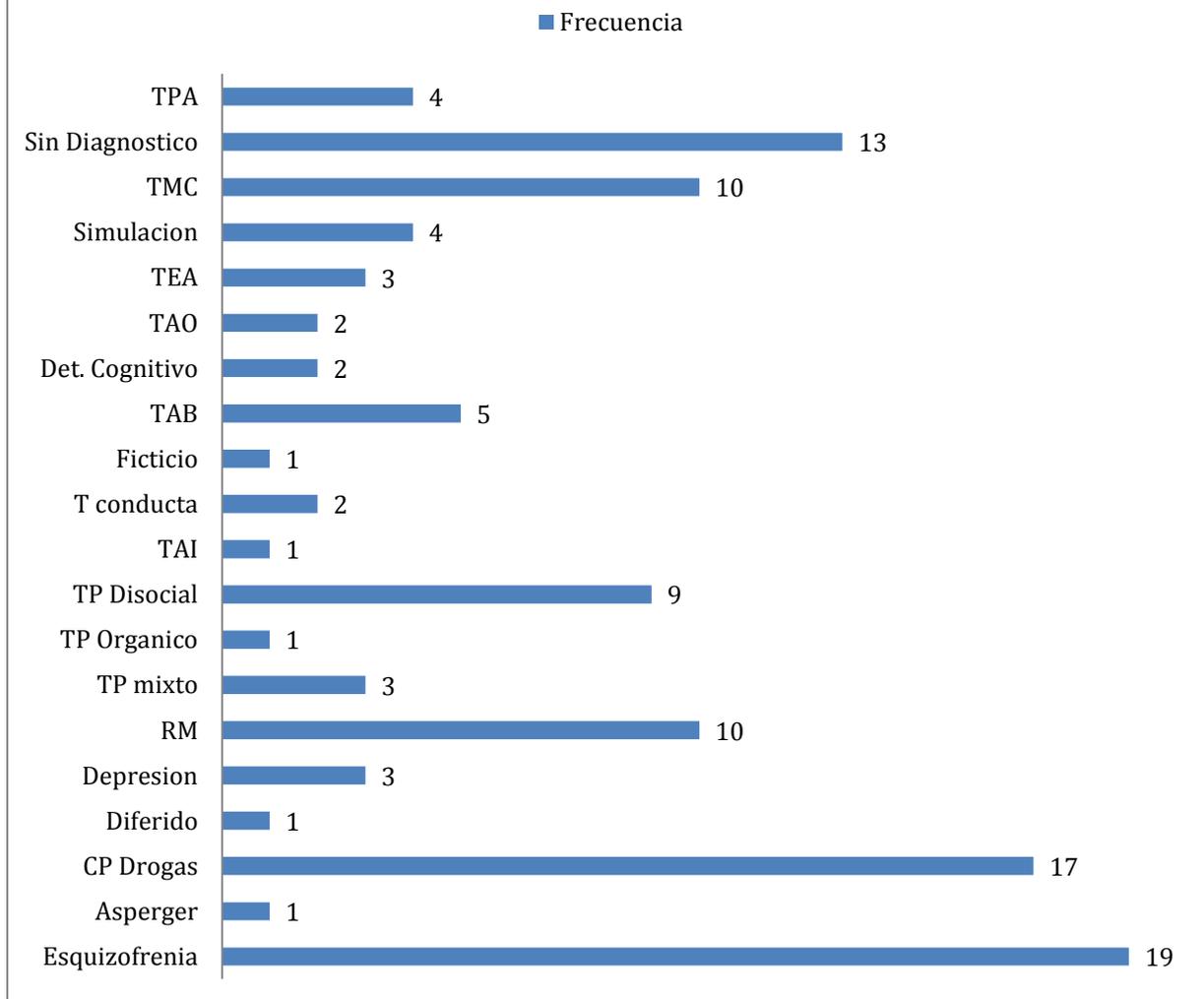
De la revisión del expediente de los 111 pacientes ingresados al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se obtiene que 93 son hombres lo que corresponde al 83,80% y 18 son mujeres, representando el 16,20% de la muestra.



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

Al revisar la muestra de los 111 expedientes, de los pacientes ingresados en el HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se desprende en cuanto al estado civil lo siguiente: 6 usuarios no indicaron su estado civil (5,4%), 2 reportaron ser viudos (1,8%), 4 en unión libre (3,6%), 5 dicen ser divorciados (4,5%), 12 casados (10,8%) y 82 indicaron ser solteros lo que representa el 73,% del total de la muestra.

**GRAFICO 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A
DIAGNÓSTICO DE EGRESO**



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

En la revisión de los expedientes de los 111 pacientes que fueron ingresados al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se encuentra que fueron egresados 19 pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, representando el 17,12% de la muestra; por

Consumo Perjudicial de Drogas 17, lo que corresponde al 15,32% de la muestra; con Retardo Mental y o Trastorno Mental y del Comportamiento, 10 usuarios en cada una, siendo el 9,01% de la población estudiada respectivamente; sin diagnóstico psiquiátrico 13, equivalente al 11,71% de la muestra; con 2 usuarios respectivamente, Trastorno Afectivo Orgánico, Deterioro Cognitivo Leve o Trastorno de Conducta, lo que equivale a un 1,8% cada una; 4 usuarios egresaron con diagnóstico de Trastorno Psicótico Agudo y otros 4 con Simulación de patología psiquiátrica, acreditándose el 3,6% de la muestra estudiada cada una; 5 egresaron con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, siendo el 4,5% del total de la población estudiada; 9 usuarios con diagnóstico de Trastorno de Personalidad Disocial, siendo el 8,11% de la muestra; se egresó con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad orgánica, Trastorno Afectivo inespecífico, Trastorno Ficticio, Asperger o Diferido a 1 en cada una de ellas, lo que representa el 0,9% respectivamente; y con diagnóstico de Depresión, Trastorno de Personalidad Mixto o Trastorno Esquizoafectivo se egresaron 3 usuarios en cada una de ellas, representando el 2,7% cada una del total de la muestra de 111 pacientes.

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ENFERMEDAD
CONCOMITANTE PRESENTE

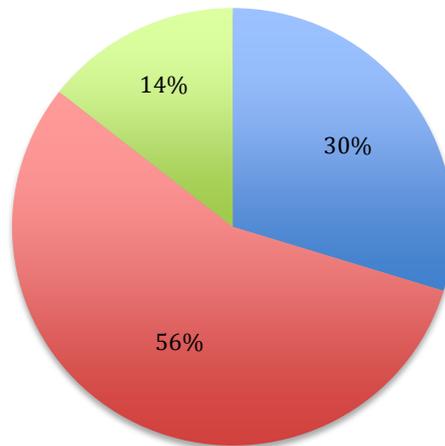
Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
CANCER	2	1,80%
CARDIOPATÍA ISQUEMICA	1	0,90%
CEGUERA	1	0,90%
CELULITIS MII	1	0,90%
CRANEOTOMIA POR TROMBOSIS	1	
CEREBRAL		0,90%
HERNIA INGUINAL	1	0,90%
HEPATOPATIA	2	1,8 0%
HIV	1	0,90%
INSUFICIENCIA RENAL	1	0,90%
OBESIDAD	1	0,90%
TDAH	1	0,90%
GASTRITIS	2	1,80%
TCE	8	7,21%
ASMA	5	4,50%
EPILEPSIA	5	4,50%
DM	7	6,31%
HTA	8	7,21%
NO PRESENTA	63	56,76%
Total	111	100,00%

Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De los 111 pacientes estudiados, que ingresaron al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, 63 no presentan patología médica concomitante, correspondiendo al 56,76% de la muestra; 8 son portadores de Hipertensión Arterial o Trauma Craneoencefálico, siendo el 7,21% de la muestra cada una de ellas; 5 usuarios padecen de Asma o Epilepsia, (4,5% cada una); 7 son Diabéticos, correspondiendo al 6,31% de la muestra; se encontró que un caso de cada una de las siguientes patologías: Cardiopatía Isquémica, Ceguera, Celulitis en Miembros inferiores, Craneotomía por Trombosis Cerebral, Hernia Inguinal, HIV, Insuficiencia Renal, Obesidad, TDAH, correspondiendo cada una de ellas al 0,9% de la muestra; se reportaron dos usuarios con Gastritis, Hepatopatía o Cáncer, atribuyéndose el 1,8% cada una del total de la muestra.

**GRAFICO 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE ACUERDO
AL USO DE TRATAMIENTO PSIQUIATRICO**

■ No Indica ■ No Toma ■ Si Toma



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De los 111 expedientes revisados, de pacientes ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, en el 14% había inicialmente algún tipo de tratamiento, el 30 % no se indica inicialmente algún tipo de tratamiento y el 56 % no existía tratamiento.

CUADRO 2

**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE
LA ENFERMEDAD**

Total de pacientes	78
Promedio	16,3
Desviación estándar	12,6
Mediana	12
Moda	6
Mínimo	1
Máximo	44

Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De la revisión de los 111 expedientes de los pacientes ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, en 78 expedientes se logró consignar los años de evolución de la enfermedad mental que eran portadores, y se obtiene que en promedio tienen 16 años de evolución, con una moda de 6 años, un mínimo de un año y un máximo de 44 años.

CUADRO 3**ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LA EDAD DE LOS PACIENTES**

Total de pacientes	111
Promedio	37,3
Desviación estándar	14,4
Mediana	33
Moda	24
Mínimo	17
Máximo	85

Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

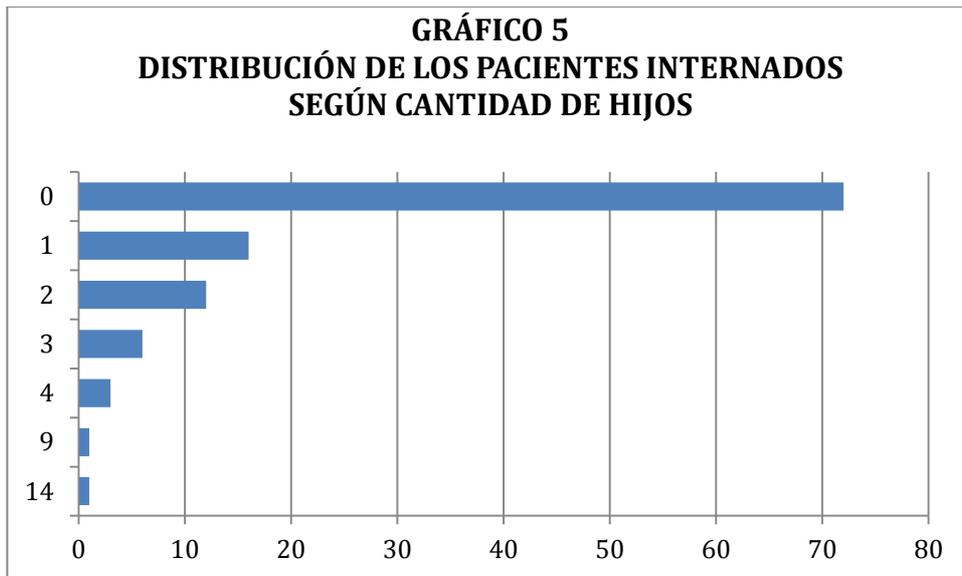
Con la revisión de los 111 expedientes de pacientes que ingresaron al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se extrae que los usuarios tienen una edad promedio de 37,3 años, con un rango que va desde los 17 años hasta los 85 años.

CUADRO 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES
SEGÚN FAMILIAR CON QUIEN CONVIVÍA
ANTES DEL INTERNAMIENTO

Familiar	Frecuencia	Porcentaje
HIJOS	1	0,90%
HNP	1	0,90%
OTROS PACIENTES	1	0,90%
PADRASTRO	1	0,90%
TIA	1	0,90%
VECINA	1	0,90%
MADRE	2	1,80%
ABUELA	3	2,70%
COMPAÑERO/A	4	3,60%
ESPOSO/A	5	4,50%
PRIVADO DE		
LIBERTAD	5	4,50%
PADRE	13	11,71%
HERMANO/A	16	14,41%
INDIGENTE	17	15,32%
SOLO/A	18	16,22%
NO INDICA	22	19,82%
Total	111	100,00%

Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

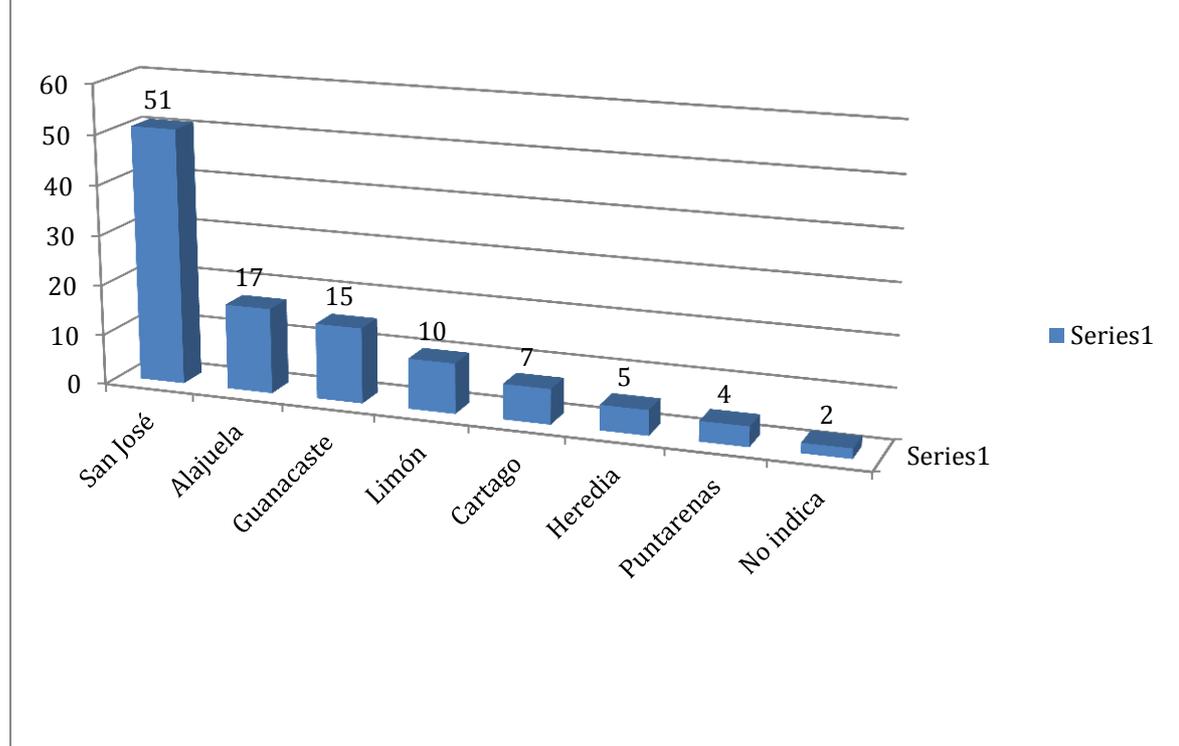
Al revisar los 111 expedientes de pacientes que ingresaron al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se consigna que antes del internamiento, 18 viven solos, 17 son indigentes, 16 viven con un hermano, 13 convive con el padre, 5 se encuentran privados de libertad, 5 conviven cónyuge, 4 con su compañero/a, 3 con la abuela, 2 con la madre y uno respectivamente reporto vivir con: vecina, tía, padrastro, otro pariente, en el HNP o hijos.



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

Con la revisión de los 111 expedientes de los pacientes que fueron ingresados en el HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se reporta que 72 no tienen hijos (64,9%), 16 usuarios tienen 1 hijo (14,4%), 12 pacientes reportaron tener 2 hijos (10,8%), seis indicaron tener 3 hijos (2,7%), uno reportó tener 9 hijos (0,9%), y otro usuario dijo tener 14 hijos (0,9%).

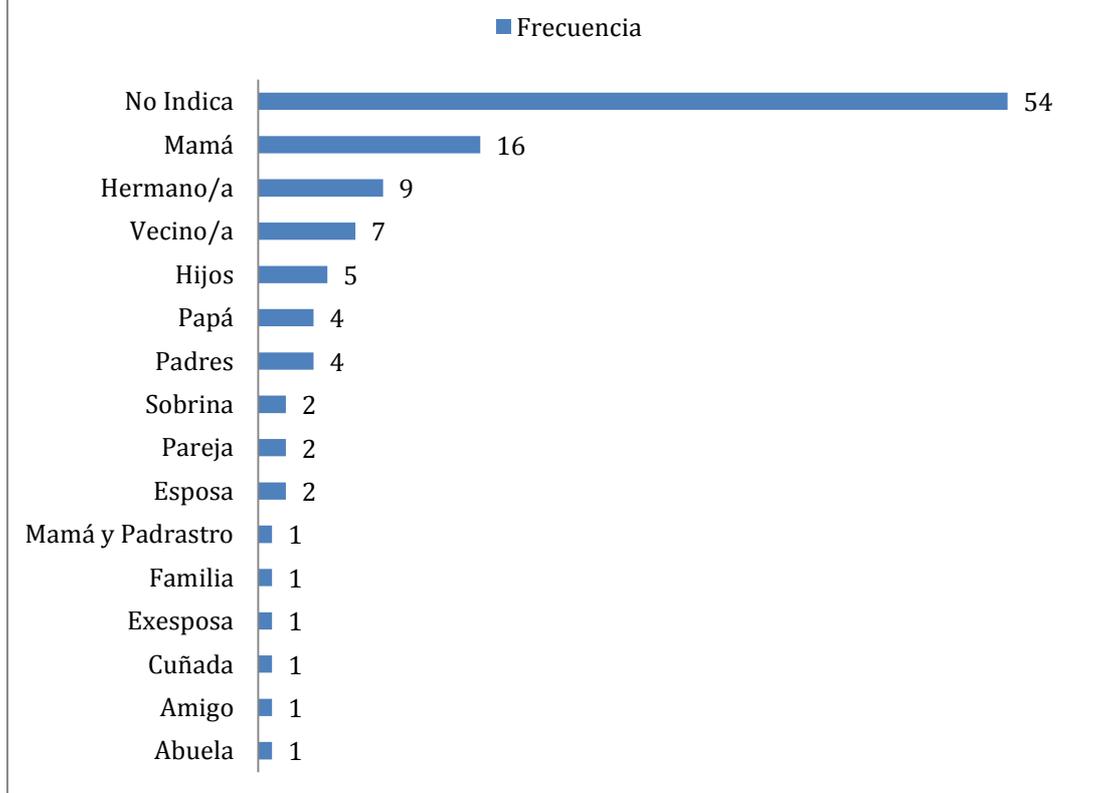
**GRÁFICO 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES INTERNADOS SEGÚN
PROVINCIA DE RESIDENCIA**



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010

Al revisar los 111 expedientes de los pacientes ingresados por una medida judicial al HNP entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se extrae que 51 pacientes residen en San José (45,9%); 17 en Alajuela (15,3%); en Guanacaste 15 usuarios (13,5%); en Limón 10 (9%); en Cartago 7 usuarios (6,3%); en Heredia 5, lo que corresponde al 4,5% de la muestra; en Puntarenas 4, representando el 3,6% de la muestra, y 2 usuarios no indicaron lugar de residencia.

**GRAFICO 7
DISTRIBUCIÓN DE LAS VICTIMAS DE LOS PACIENTES
SEGÚN PARENTESCO**

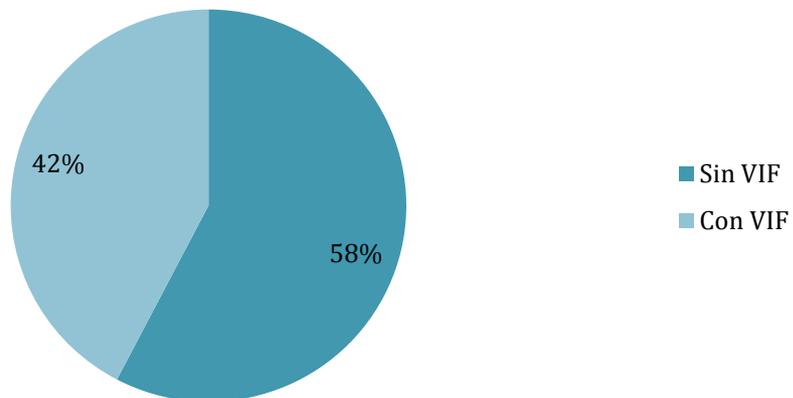


Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

La información obtenida de los 111 expedientes, de los usuarios ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, 54 usuarios no indicaron el parentesco que tienen con la víctima, lo cual es equivalente al 48,65% de la muestra; en el caso de 16 pacientes indican que la víctima fue su madre, es decir el 14,41% de la muestra, 7 de ellos señalaron a un vecino como la víctima (6,31%); 5 la arremetieron contra sus hijos, lo que equivale al 4,5% de la muestra; 4 de los usuarios contra ambos (papá y mamá), representando el 3,6%; 4 pacientes comentan que su

víctima fue su padre (3,6%); 2 usuarios comentaron que su víctima fue su sobrina, pareja o esposa, equivaliendo cada uno al 1,8% de la muestra; en el caso en que la víctima fue la abuela, amigo, cuñada, ex esposa, familiar o madre y padrastro, se reportó un usuario para cada uno de ellos, lo que representa el 0,9% respectivamente de la muestra.

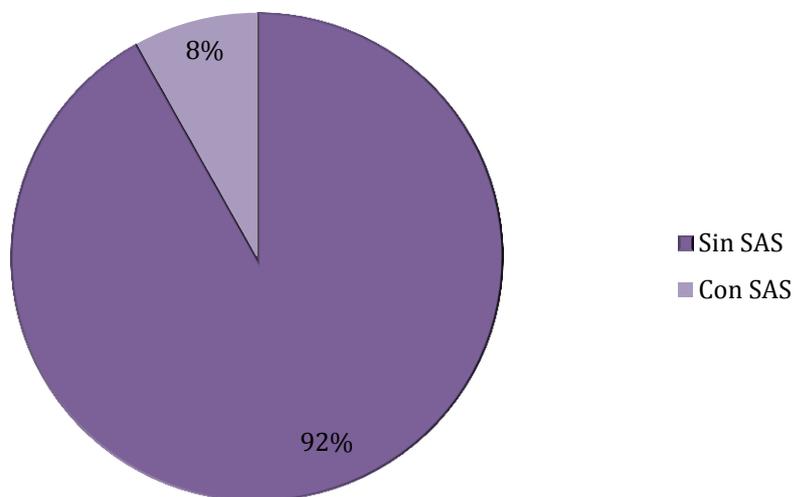
GRÁFICO 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A HABER SUFRIDO VIF



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

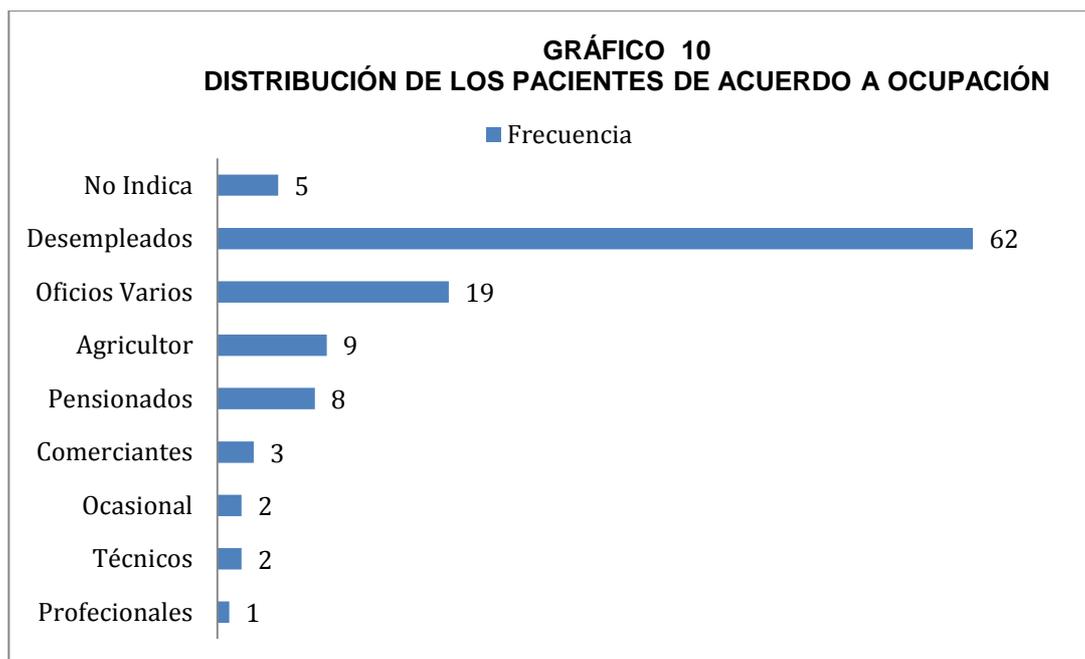
Al revisar el expediente de los 111 pacientes, que corresponden a la muestra, de los pacientes ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se extrae que 64 de ellos reportaron no ser víctimas de VIF, lo que equivale al 57,7% de la muestra, y el 42,3% reportó haber sido víctima de VIF, es decir 47 usuarios.

GRÁFICO 9
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA
PRESENCIA O AUSENCIA DE ABUSO SEXUAL (AS)



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De la muestra de los 111 expedientes de los usuarios que ingresaron al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se recopiló que el 91,9% de los pacientes niegan ser abuso sexual es decir 102, y 9 pacientes se reportan como abuso sexual, lo que representa el 8,1% de la muestra.



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

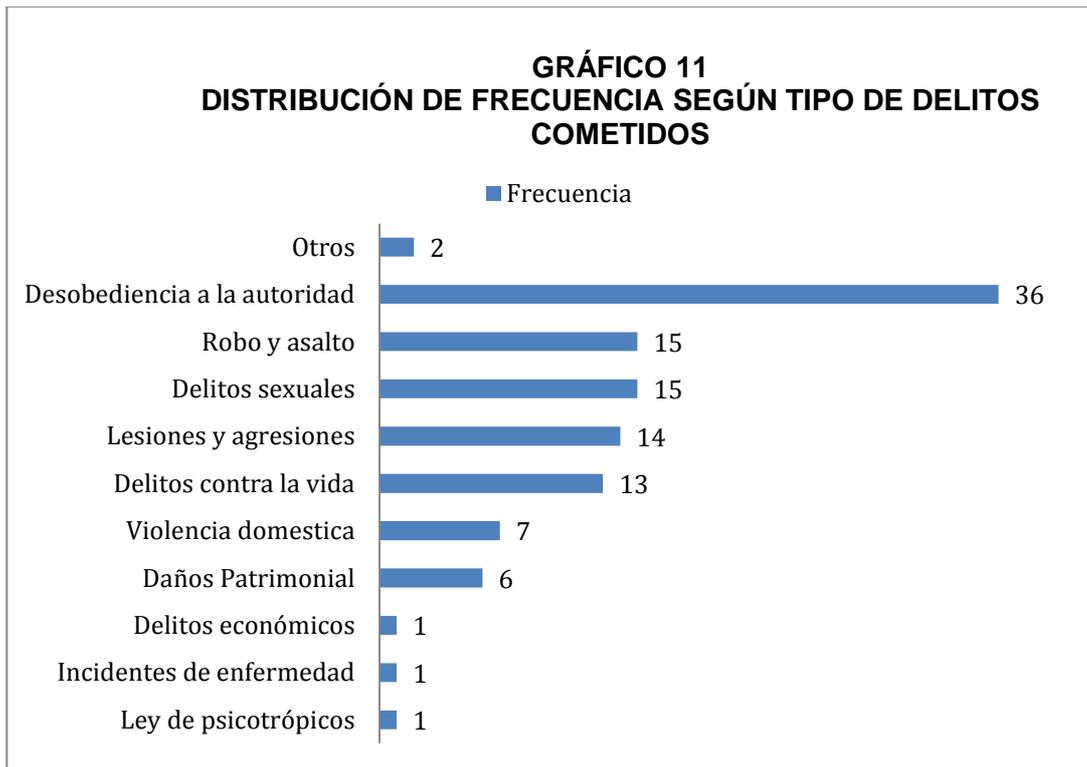
Del análisis de los 111 expedientes, de los pacientes ingresados al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se encontró en cuanto a la ocupación de los usuarios que estaba distribuida de la siguiente manera: uno era profesional, lo que equivale al 0,9% de la muestra; dos reportaron ser técnicos o trabajadores ocasionales, lo que equivale al 1,8% de la muestra respectivamente; 3 son comerciantes, siendo el 2,7%; 8 son pensionados, representando el 7,2%; 9 comentaron trabajar en la agricultura, equivalente al 8,1%; dedicarse a oficios varios, lo dicen 19, es decir el 17,1%, 5 de ellos no indicaron un empleo, (4,5%); y 62 usuarios indicaron encontrarse desempleados, representando el 55,9% de la muestra analizada.

CUADRO 5
ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA LOS DÍAS DE ESTANCIA
HOSPITALARIA

Total de pacientes	111
Promedio	147,3
Desviación estándar	320,9
Mediana	39
Moda	29
Mínimo	1
Máximo	2.555

Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

Con la información recolectada de los 111 expedientes, de los pacientes ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se extrae que el promedio de estancia hospitalaria de estos usuarios es de 147 días, con una moda de 29 días, un mínimo de 1 día y un máximo de 2555 días.

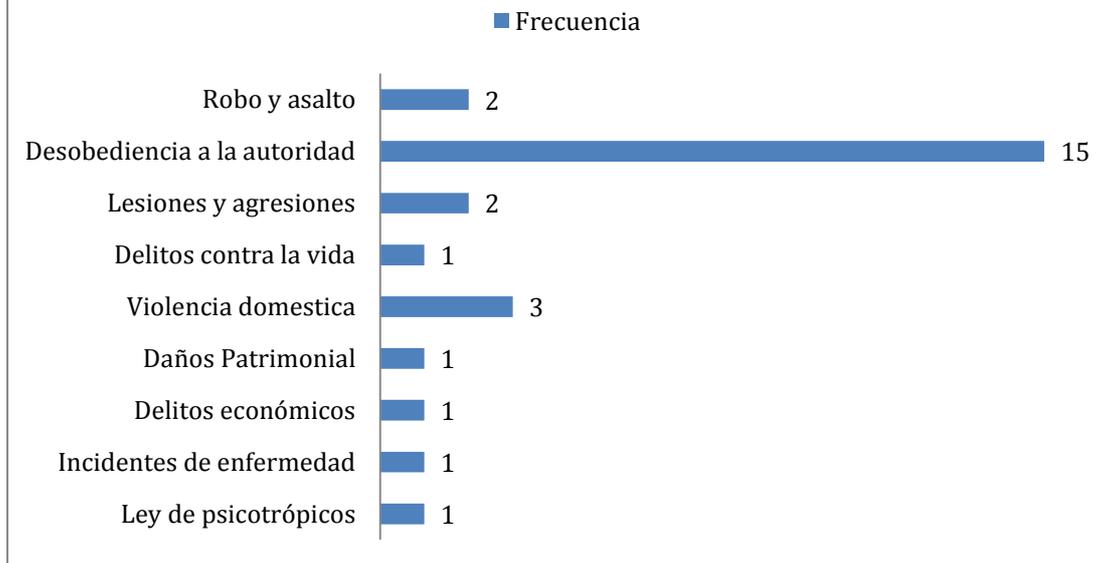


Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De la información obtenida de los 111 expedientes, de los pacientes ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se recopiló la siguiente información con respecto al tipo de delito del que se les acusa, tanto del sexo masculino como femenino: 36 personas por desobediencia a la autoridad, lo que equivale al 32,40 % de la muestra; 15 pacientes ingresaron por robo y asalto o delitos sexuales, representando el 13,5% del amuestra respectivamente; 14 pacientes por lesiones y agresiones, es decir el 12,6%; por delitos contra la vida ingresaron 13 (11,7%); por violencia doméstica se ingresan 7 (6,5%); por daños patrimoniales 6, lo que corresponde al 5,4% de la muestra; y por la ley de

psicotr3picos, incidentes de enfermedad o delitos econ3micos ingres3 un usuario respectivamente, llegando a representar el 0,9% uno, del total de la muestra analizada.

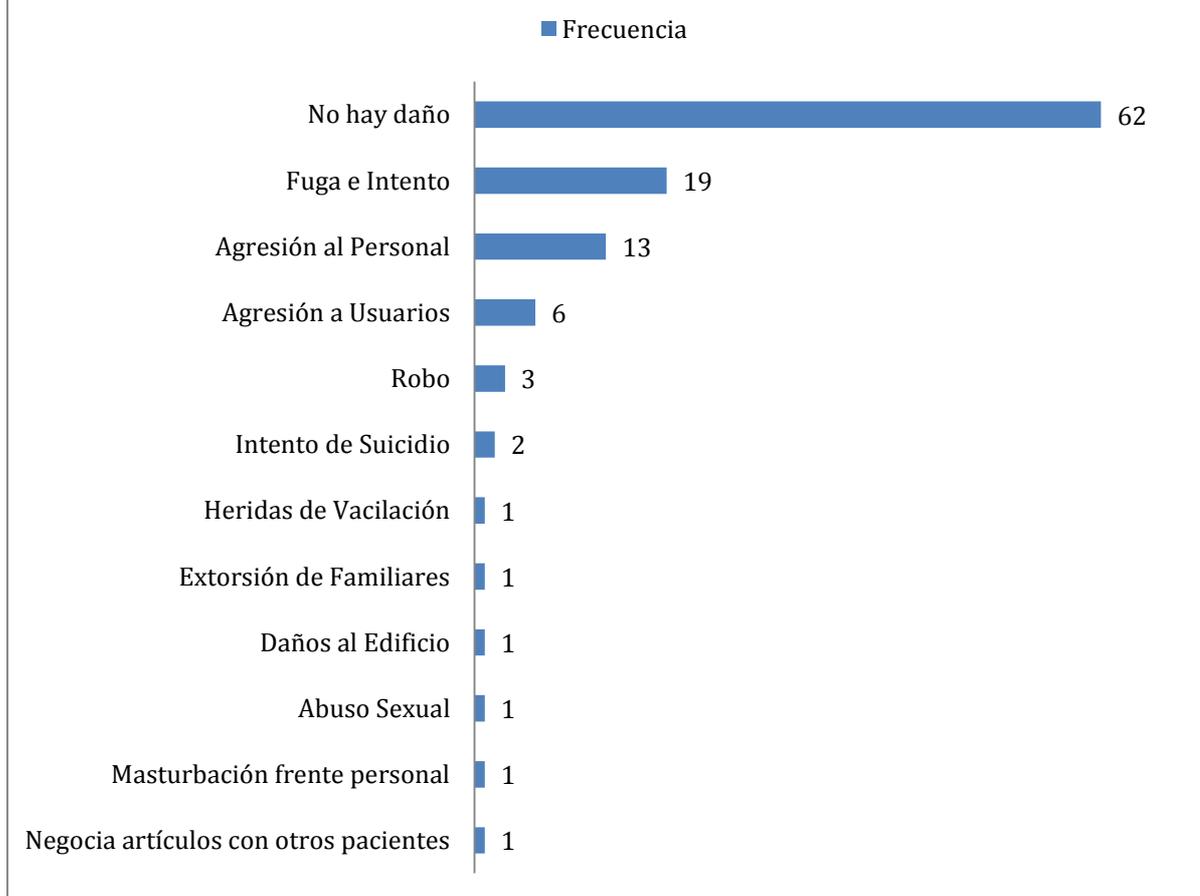
**CUADRO 12
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LOS DELITOS
COMETIDOS POR LAS MUJERES**



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

Al revisar el expediente de los 111 pacientes, que corresponden a la muestra, de los pacientes ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se desprende que la distribución de los delitos por los cuales fueron ingresadas las usuarias (N= 18), cabe aclarar que cuando se hable de porcentajes, las 18 usuarias van a representar el 100%: 2 por robo y asalto o lesiones y agresiones, que corresponde al 11,10% cada una; por delitos contra la vida, daño patrimonial, incidentes de enfermedad, delitos económicos o ley de psicotrópicos, siendo por cada uno de ellos una usuaria ingresada, representando el 5,6% respectivamente; en el caso de violencia doméstica, ingresaron 3, lo que equivale al 16,7% y por desobediencia a la autoridad se ingresan 6, representando el 33,3%.

GRÁFICO 13
DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS DE LOS TIPOS DE FALTAS
O DELITOS INTRAHOSPITALARIOS

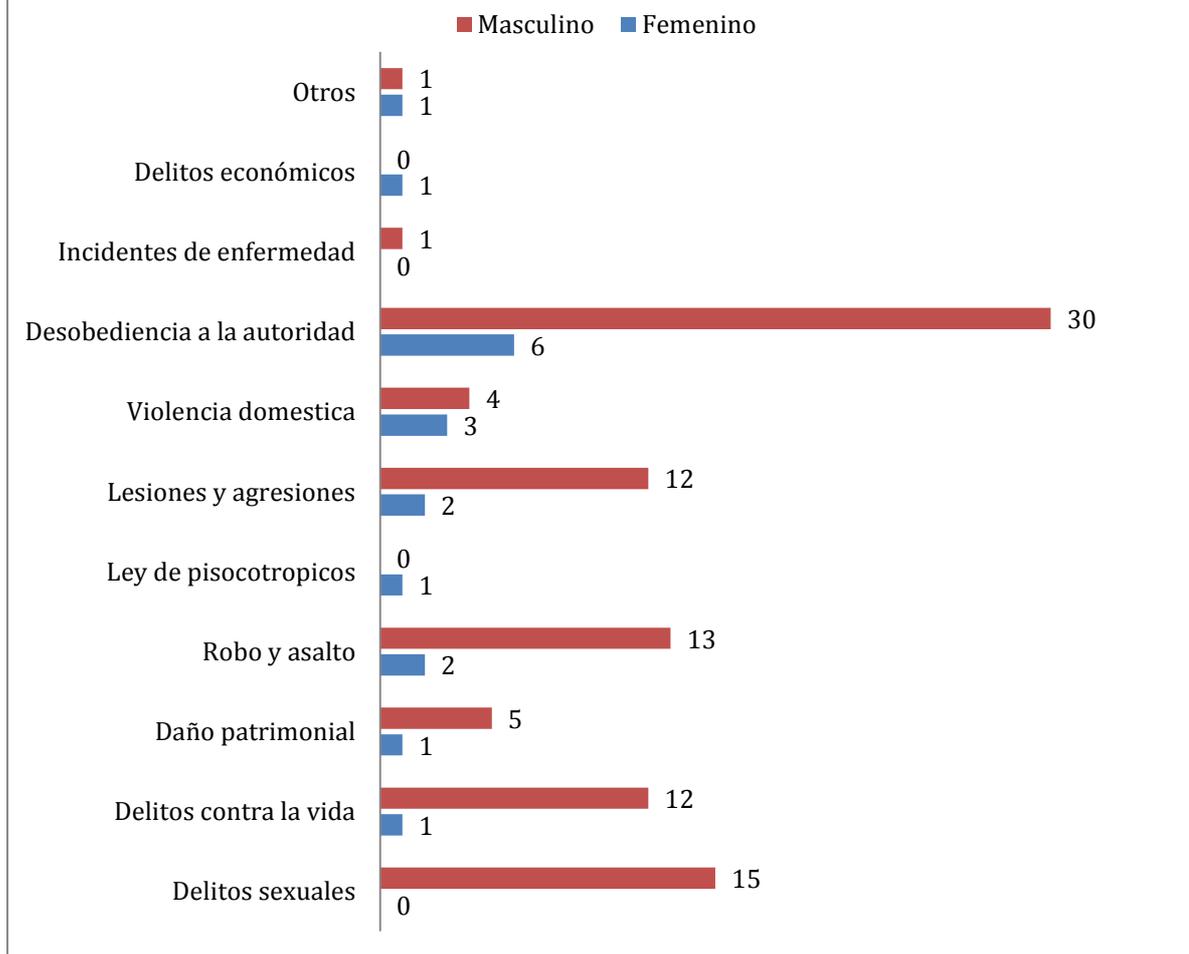


Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De la muestra de los 111 expedientes de los usuarios que ingresaron al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se recopiló la siguiente información en cuanto a los delitos intrahospitalarios cometidos por estos usuarios: en 62 de ellos no se registró ningún delito, representando el 55,9% de la muestra, en 19 se reportó fuga o intento de fuga, correspondiendo al 17,1%; 13 de los usuarios realizaron

agresión al personal de salud, siendo el 11,7%; por agresión a usuarios se reportaron 6 pacientes, representando el 5,4%; a 3 pacientes se les acusó de robo (2,7%); 2 usuarios por intento de suicidio, representando el 1,8%. De las siguientes causas se reportó un usuario para cada una de ellas: negociar artículos, masturbación frente al personal, abuso sexual, daños al edificio, extorsión a familiares de pacientes o heridas de vacilación, representando cada una de ellas el 0,9% de la muestra.

**GRÁFICO 14
RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE DELITO Y EL SEXO**

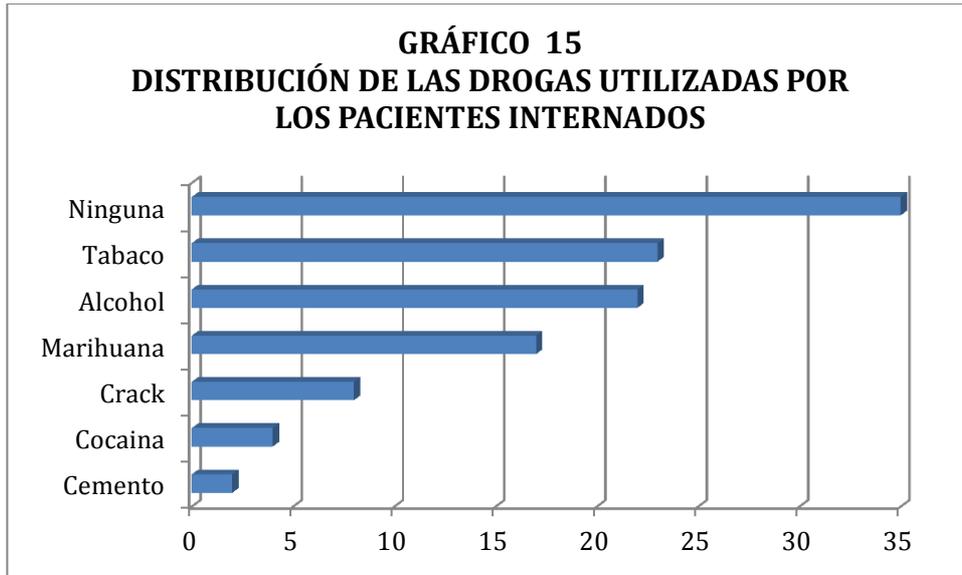


Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

Con la información obtenida de los 111 expedientes, de los usuarios ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se cruzó la variable de sexo de los usuarios y el delito por el cual fueron ingresados se obtiene: en delitos económicos, hay quince hombres y ninguna mujer, en delitos contra la vida se encontró una mujer por doce hombres; por daño patrimonial una mujer por cinco hombres. Por el

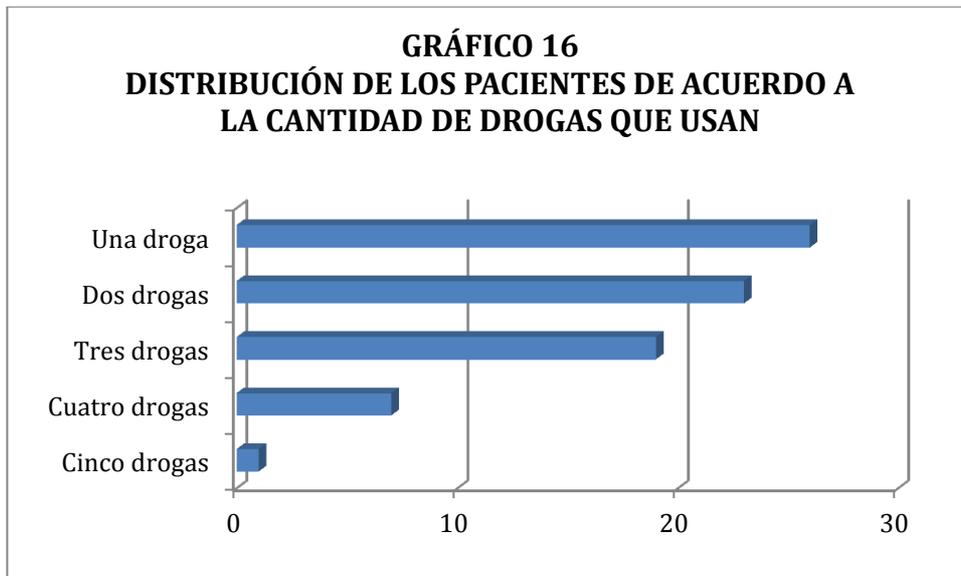
delito de robo y asalto dos mujeres por trece hombres, en infracción a la ley de psicotrópicos sólo se reportaron una mujer. Por lesiones y agresiones dos mujeres por doce hombres; motivado por infringir la ley de violencia doméstica tres mujeres por cuatro hombres; y seis mujeres desobedecieron a la autoridad por 30 hombres. En incidentes de enfermedad se reportó un hombre. Por delitos económicos se encontró una mujer, y en otros documentan un hombre por una mujer.

**GRÁFICO 15
DISTRIBUCIÓN DE LAS DROGAS UTILIZADAS POR
LOS PACIENTES INTERNADOS**



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

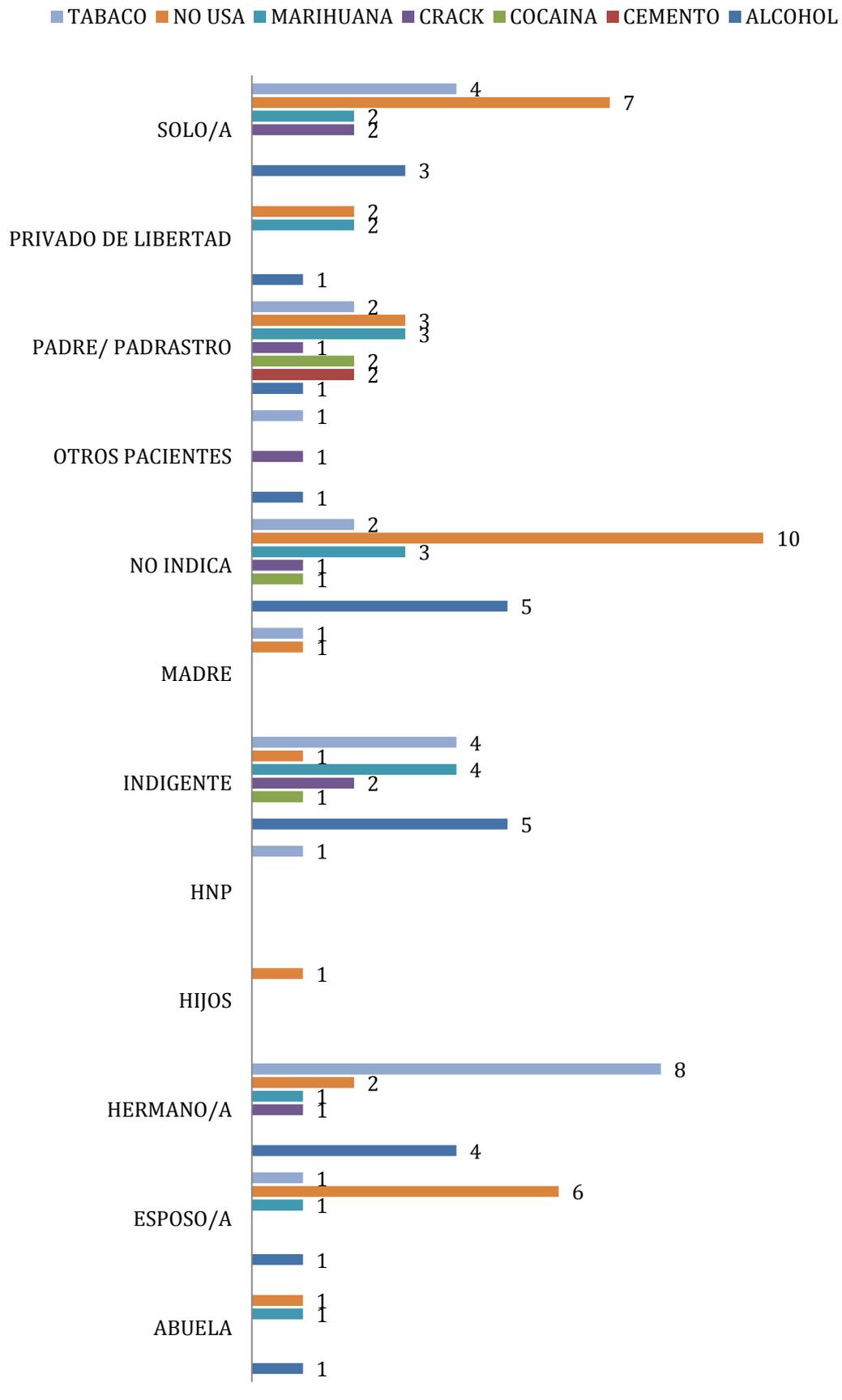
De la muestra de los 111 expedientes de los usuarios que ingresaron al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se determinó en cuando al uso de drogas que en 35 usuarios no se reportó uso de drogas, correspondiendo al 31,53% de la muestra; 23 pacientes comentaron utilizar tabaco, representando el 20,72% de la muestra; 22 de ellos reportaron el uso de alcohol lo que equivale al 19,81%. En 17 de los ingresados se determinó uso de marihuana, siendo el 15,31%; 8 utilizan crack es decir el 7,20%; con el uso de cocaína se encontraron 4 pacientes, correspondiendo al 3,60%; dos reportaron el uso de cemento siendo el 1,8% de la muestra.



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

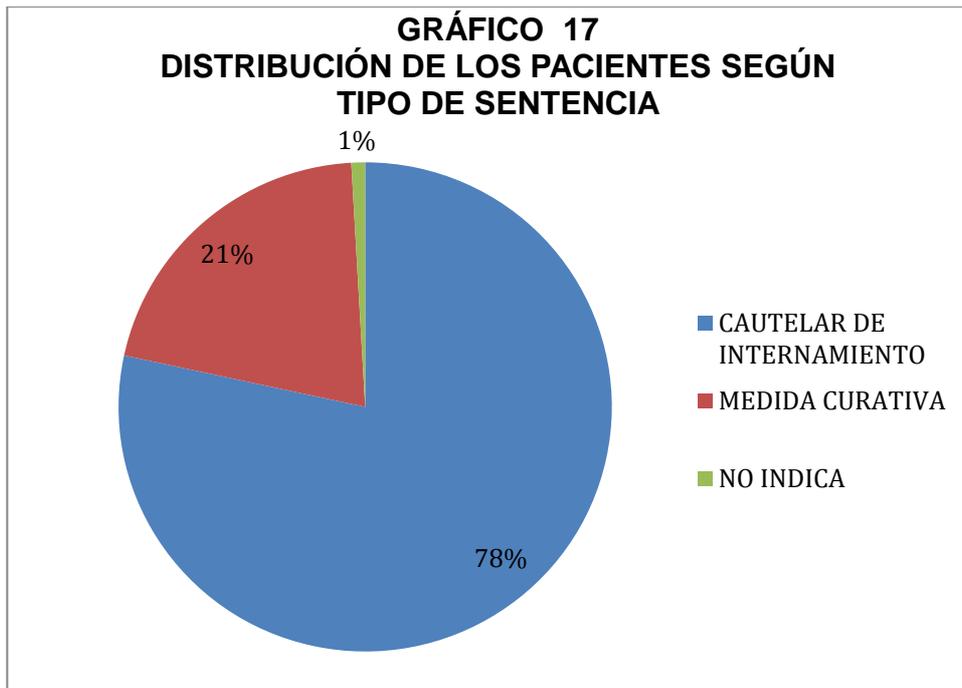
La información obtenida de los 111 expedientes, de los usuarios ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se encontró que de los 76 pacientes en que se reportó el uso de drogas, 26 pacientes solo utilizan una droga, correspondiendo a 34,21% (N=76), 23 utilizan dos drogas, es decir el 29,87%; 19 indicaron utilizar tres drogas, lo que equivale al 24,7%; 7 pacientes se documentó que utilizan cuatro drogas (9,2%); y un paciente dice utilizar 5 drogas, representando el 1,3%

GRÁFICO 16
DISTRIBUCIÓN DEL USO DE DROGAS SEGÚN FAMILIAR CONVIVIENTE



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

Al revisar el expediente de los 111 pacientes, que corresponden a la muestra, de los pacientes ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, se realizó un cruce entre la variable tipo de drogas que consume y el familiar con quien convive al momento del ingreso, y se extrajo lo siguiente: de los tres pacientes que viven con la abuela, uno reportó usar alcohol, otro marihuana y uno no reportó usar. Quienes viven con su compañera/o, que son 4 en total, uno reportó utilizar alcohol, uno marihuana y dos no utilizar drogas. Los que viven con su hermano/a se les documentó que 4 utilizan alcohol, uno crack, 1 marihuana, 8 tabaco y dos no utilizan; en cuanto al que vive con su hijo, se reporta que no utiliza drogas. El usuario que vive en el HNP utiliza tabaco. De los usuarios en quienes se reportó que viven en la indigencia, 5 utilizan alcohol, 1 cocaína, 2 crack, 4 marihuana, 4 tabaco y uno no utiliza. En dos se documentó que viven con la madre, uno utilizaba tabaco y el otro no usaba drogas. Los que no indicaron con quien viven, 5 usaban alcohol, uno cocaína, uno crack, 3 marihuana, 2 tabaco y 10 no usaban drogas. Un paciente reportó vivir con otra paciente y utiliza crack. El que vive con el padrastro utiliza cemento, en el caso de los privados de libertad, 1 utiliza alcohol, 2 marihuana y 2 no usan drogas. Con quienes viven solos se documentó que 3 utilizan alcohol, 2 crack, 2 marihuana, 7 no utilizan drogas y 4 usan tabaco, el que vive con la tía utiliza alcohol y el que vive con la vecina no usa drogas.



Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De la muestra de los 111 expedientes de los usuarios que ingresaron al HNP por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, 87 pacientes ingresaron por medida cautelar de internamiento, siendo el 78,4% de la muestra y 23 ingresaron por medida curativa, correspondiendo al 20,7 % de la muestra. En un paciente no se logró determinar su tipo de medida, representando un 0,9 % de la muestra.

CUADRO 6
DISTRICIÓN DE PACIENTES DE
ACUERDO A LA CANTIDAD DE
INTERNAMIENTOS JUDICIALES

Cantidad de internamientos	Frecuencia	Porcentaje
0	70	63,06%
1	14	12,61%
2	10	9,01%
3	2	1,80%
4	4	3,60%
7	1	0,90%
8	1	0,90%
10	1	0,90%
12	1	0,90%
14	1	0,90%
20	2	1,80%
23	1	0,90%
No indica	3	2,70%
Total	111	100,00%

Fuente: Expediente de 111 pacientes del HNP ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010.

De la información extraída de los 111 expedientes, de los usuarios ingresados por una medida judicial entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010, 70 pacientes ingresaron por primera vez al hospital Nacional Psiquiátrico a causa de una medida judicial, lo que constituye el 63,6% de la muestra; 14 ya contaban con un ingreso, siendo el 12,61%; 10 usuarios era su segundo internamiento, lo que equivale al 1,8%; dos tenían 3 internamientos previos (1,8%); 4 pacientes habían sido ingresados ya en 4 ocasiones, lo que equivale al 3,6%, 2 usuarios han ingresado en 20 ocasiones (1,8%), uno en 23 ocasiones (0,90%), con 7, 8 10, 12 o 14 internamientos previos se reporta un usuario, siendo el 0,9% en cada caso.

CONCLUSIONES

Los pacientes que fueron ingresados por una medida judicial al Hospital Nacional Psiquiátrico durante los años 2009 y 2010, en su mayoría fueron varones (83.3%), portadores de enfermedad mental, siendo la más frecuente la esquizofrenia, con un 17%.

El 15.3% de los pacientes fue ingresado por Consumo Perjudicial de Drogas.

El 3.6% egresaron con diagnóstico de Simulación.

El 9.9% de los ingresos corresponden a personas con Déficit Cognitivo. Las medidas en el 41.4% de los casos fueron solicitadas por familiares, y el 42.4% el victimario era un familiar, coincidiendo lo anterior con que la mayoría ingresa por irrespetar las medidas de no acercarse a su familia. Solo dos personas indican vivir con su madre, pero, 16 usuarios reportan a la madre como la persona a la cual agredieron. En el caso de la figura paterna, 13 reportaron su convivencia, pero cuatro tuvieron problemas con su padre. Se podría pensar que se debe a un asunto de fuerza y respeto hacia la autoridad paterna.

De los 57 que reportaron agresión contra un familiar (motivo por el cual están siendo ingresados) 50 lo hicieron con un familiar cercano, sólo 7 contra un vecino y de los que lo indicaron, ninguno reporto que fuera contra algún desconocido.

Los pacientes al ingreso tenían 37 años en promedio y 16 años de evolución de su patología, lo que nos hace suponer el gran arraigo y dependencia que tienen para con su familia.

El 57,7% de los ingresados no reportaron ser víctimas de violencia intrafamiliar. Los pacientes fueron agresores contra su misma familia principalmente. Ello llevaría a pensar que si el 42.3% fueron víctimas de violencia intrafamiliar, y se supondría que es en la familia donde les están enseñando a ser violentos.

El 11.7% egresó sin diagnóstico psiquiátrico, pero aquí hay que recalcar dos variables que se deben tomar en cuenta: el que algunos en realidad no eran portadores de patología mental y la otra, que por el poco tiempo que estuvieron internados, era difícil establecer un diagnóstico, ya que algunos tenían internamiento por 24 horas.

De los usuarios el 43% era portador de una patología diferente a la psiquiátrica, principalmente relacionada con el área de medicina interna.

El 55.9% al momento del incidente no se encontraba con tratamiento. El 83% son solteros y con una dependencia importante de sus familias, ya que el 55.9% son desempleados y el 83.9% son solteros. Esto es coincidente con que la mayoría ingresa por desobediencia a la autoridad, ya que contaban con medidas de no acercarse a su familia y lo hacían frecuentemente, asociado con el abandono del tratamiento. El 33.3 % de los pacientes

ingresados por orden judicial, fue por desacato a la autoridad y del total de los ingresos, el 63 % fue ingresado por primera vez.

Un 32% vive sólo o en las calles. El 55.9 % de los pacientes están desempleados, por lo que se podría deducir que van a depender de sus familias o de lo que logren recolectar en las calles.

De los pacientes ingresados por una medida judicial, el 19% reportó tener como empleo un oficio, que por lo general son mal remunerados, no les brindan garantías sociales además de ser ocasionales.

Según lo obtenido en el trabajo realizado, la mayoría de estas personas no cuentan con un seguro social, por lo cual su acceso a una consulta con un especialista y un tratamiento adecuado va a ser muy limitado. Posiblemente, ello genere constantes interrupciones de los tratamientos por no tener acceso a los especialistas y tratamientos, con las consecuentes recaídas de las patologías, complicaciones, deterioro cognitivo y funcional, mayor dificultad para encontrar un empleo estable y con seguridad social. De ahí que estas personas se vuelven más susceptibles a tener conflictos con la ley.

La mayor parte de la población estudiada (46 %) corresponde a la provincia de San José. No es que esta región sea un sitio endémico de enfermedades *mentales*; pero una razón posible para que esto se dé es el tipo de economía del país, ya que *en esta región* es donde hay más posibilidad de

encontrar un trabajo, diversas formas de estudio, drogas y hogares o programas de ayuda para personas indigentes o farmacodependientes. Tales ventajas generan una migración mayor hacia la capital.

En el caso de Guanacaste (14%) y Limón (6%), van a influir los altos índices de violencia, farmacodependencia y prostitución generada principalmente por la pobreza, desempleo, faltas de oportunidades de estudio y el turismo. Se convierte todo ello en una cadena que terminará generando patología psiquiátrica. Según el INEC, Guanacaste es la provincia donde hay menos cobertura por parte del seguro social con las inconvenientes que esto implica. (Censo Nacional, 2011).

Los pacientes en promedio tienen 147 días de internamiento, con un mínimo de un día y un máximo de 2555 días, lo que genera altos costos a la CCSS y por ende al país, ya que cada día de estancia en el HNP, le cuesta a la CCSS 150000 colones.

La mayoría de los pacientes no cometieron ningún delito estando en el hospital (55.9%), lo cual podría deberse a que se encontraban en un ambiente protegido y controlado, además de que estaban recibiendo tratamiento. Lo que no se puede obviar es que muchos de ellos contaban con un custodio de la policía penitenciaria o civil y además algunos de ellos permanecían esposados.

Los delitos más frecuentes fueron las fugas o intentos de fugas (17 %) y agresión contra el personal (11.7%); esto quizás porque el centro al que fueron remitidos era un hospital y por ende, no cuenta con las instalaciones adecuadas para tener privados de libertad, sin olvidar que eran atendidos por personal de salud, el cual no cuenta con entrenamiento para desenvolverse con este tipo de usuarios.

En la sociedad, la mayoría de los usuarios tuvo problemas por irrespeto a la autoridad (33.3%), por lo cual no es de extrañar este comportamiento, ya que aquí en el hospital el personal de salud se convierte en la autoridad, es decir es quien les pone límites, y esta es la segunda causa de conflictos intrahospitalarios.

Se debe hacer acotación que los usuarios que ingresaron al hospital por medida judicial se encontraban mezclados con usuarios que ingresaron por indicación médica. Muchos de estos últimos son personas muy vulnerables por su patología, por lo que se convierten en un blanco fácil para las fechorías de algunos privados de libertad y sus familiares.

La droga de predominio es el tabaco, seguida por el alcohol, quizás porque son las de venta libre y precio más accesible. Sin embargo los datos sobre el uso de la marihuana, el crack y el cemento no son despreciables. En especial con la marihuana es frecuente escuchar la frase en los pacientes de que su uso era para opacar los síntomas que les estaba generando su enfermedad. La mezcla de drogas más utilizada es el tabaco y el alcohol.

Los usuarios que reportaron uso de drogas, al momento de preguntarles con quien vivían indicaron: con un hermano (14.4%), indigente (15.3%), con el padre (11.7%), pero la mayoría de los que utiliza drogas son los que viven solos (31.4%), es decir que no cuentan con redes de apoyo, y se supondría que tampoco con un tratamiento adecuado. En el caso de los indigentes además asociarían el carecer de las cosas necesarias para llevar una vida digna como ser humano, llevándolos esto (patología psiquiátrica más indigencia) a encontrar más alivio en una droga que en un plato de comida.

El predominio de los ingresos por orden judicial es por medidas cautelares de internamiento (78%), esto principalmente se da porque se encontró que el paciente no era portador de una enfermedad mental, o porque en la mayoría de los casos las medidas son solicitadas por los familiares y al verlos recluidos, deciden quitar la denuncia antes de la llegada del juicio.

Las medidas de seguridad, según lo dispuesto en el Código Penal vigente, deben ser revisadas cada dos años, y no les son aplicables los institutos de la suspensión condicional, ni el indulto o la amnistía. Sin embargo, el artículo 487 del Código Procesal Penal, establece que el Tribunal, en este caso el Juez de Ejecución de la Pena, examinará cada seis meses previo informe del establecimiento y de los peritos sobre la cesación o continuación de la medida; incluso podrá ordenar la modificación del tratamiento; pero la valoración por los peritos forenses no se está dando, ni la revisión de los casos por los jueces.

En igual sentido, el Juez de Ejecución de la Pena, previo informe fundado en la desaparición de las causas que motivaron su imposición, podrá sustituirla por la pena privativa de libertad o en su defecto cancelarla, de lo cual, en la revisión de expedientes no se encontró que se estuviera dando.

Ahora bien, el equipo de atención a las personas con una enfermedad mental y conflictos con la ley ha logrado una mejor relación con los jueces y se puede trabajar más en conjunto; sin embargo, continúan internando pacientes que no son portadores de patología mental y no se cuenta con instalaciones adecuadas, ni programas de educación y formación laboral, para una mejor reinserción a la familia y la sociedad.

En resumen, el perfil del paciente que ingresó al HNP por una medida judicial es un hombre (83.8%), joven (moda para la edad 24 años, y en promedio 37 años), soltero (73%). El diagnóstico más frecuente es Esquizofrenia (17,12%) y Consumo Perjudicial de Drogas (15,32%), sin otra patología médica asociada (43%), el 56% no tenía tratamiento psiquiátrico al momento del ingreso y con 16 años en promedio de evolución de la enfermedad mental. El 43% vive con un familiar, y en el 65% de los casos no tienen hijos. La mayoría de las víctimas son sus familiares (46%), reportaron antecedentes de VIF en el 58%, además el 8% reporta abuso sexual. El 65% son desempleados y de baja escolaridad. En cuanto a la estancia, la moda son 29 días, con un promedio de 147 días. El 32.4% ingresa por desobediencia a la autoridad, y el 55,9% no cometió ningún delito estando internado en el HNP; el 68% utiliza drogas (principalmente tabaco y alcohol), el 78% ingresa por una medida cautelar y el 63% ingresa por primera vez.

RECOMENDACIONES

La salud es una cuestión ética, un problema de equidad, solidaridad y se presenta como exigencia para la supervivencia de un mundo social, económica y sanitariamente amenazado. Las personas que sufren de un trastorno mental reflejan en el mapa mundial las desigualdades en salud, tanto por su distribución, ya que castiga a las naciones más pobres, a las poblaciones marginales, como por el acceso no equitativo a los tratamientos. (Arias, 2004).

El ingreso de pacientes al Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental y Conflictos con la Ley, puede reducirse de manera muy considerable mediante la puesta en marcha de programas específicos para el tratamiento de los pacientes con enfermedad mental, que incremente la conciencia de enfermedad, controle los síntomas, prevenga la aparición de recaídas y transmita al paciente la necesidad de un correcto cumplimiento de la medicación. En suma, un tratamiento adecuado es el mejor elemento de prevención para la conducta violenta.

Con frecuencia, el consumo perjudicial o el abuso de sustancias, pasa desapercibido a los clínicos que trabajan en salud mental. Los procedimientos estandarizados de evaluación diagnóstica dual, podrían mejorar este problema, recibiendo el paciente mejor atención y menos posibilidades de deterioro o recaídas.

Para optimizar el rendimiento terapéutico convendría hacer una planificación apropiada del tratamiento, tanto del abuso de sustancias como de la comorbilidad psiquiátrica. La intervención terapéutica debería ser efectuada por profesionales expertos en patología dual y en el marco de una unidad especializada en el abordaje de dichas patologías, que pueda integrar el tratamiento del trastorno mental grave, con el del abuso de sustancias y siempre a largo plazo, sin dejar de lado la educación y ayuda que se le pueda brindar a la familia.

No se puede dejar de lado la familia. Desde el momento en que se realiza el diagnóstico de una enfermedad mental se debe empezar a educar a la familia sobre la patología, sus complicaciones y la importancia de recibir un tratamiento adecuado; además, insistir hasta donde sea posible en que la persona reciba una preparación académica para así poder obtener un empleo y que en el futuro se pueda valer por sí mismo, y no crear dependencia económica de los familiares.

En el caso de aquellos pacientes que por su patología no van a poder recibir una formación académica o no van a poder tener un trabajo que les permita ser independientes, se debe empezar a realizar las gestiones para que tengan una pensión (de los familiares o del Estado), que les permita sufragar los gastos y ser económicamente solventes, además de brindarles el derecho a un seguro social y recibir una atención digna, especializada y oportuna.

Por su parte, el Estado debe contar con los mecanismos necesarios para ayudar a aquellos ciudadanos que no cuenten con el apoyo familiar, o que

por algunas razones particulares, las familias no se puedan hacer cargo de ellos. Entre los elementos con los cuales podría brindar ayuda el Estado, es el contar con pensiones adecuadas para pacientes con enfermedad mental que les produzca una discapacidad mayor, albergues en los cuales cuenten con supervisión de tratamiento, los lleven a las citas, los motiven a realizar sus actividades de vida básica e instrumental para así lograr la mayor independencia posible según cada caso.

Tanto las familias como el Estado, continuar con la educación para la prevención del uso de drogas y si se llegara a dar, ambas instituciones les puedan brindar la ayuda necesaria para poder salir adelante y dejar el consumo.

Dentro de los conflictos que se detectaron en el HNP, es que no se contaba con el personal suficiente, ni la preparación adecuada para atender esta población. La edificación se hizo pensando en un centro de salud y no en un hospital penitenciario, lo cual dificultaba aún más la atención de estos usuarios. Al estar mezclados pacientes portadores de enfermedad mental sin conflictos con la ley y pacientes con características sociopáticas, hacia a los primeros y sus familias más vulnerables.

Por parte del Ministerio de Justicia, estos pacientes no eran valorados por Adaptación Social, no había programas de reinserción a la sociedad ni de rehabilitación. En el caso del Poder Judicial, los usuarios ingresaban sin ser valorados por un especialista en Psiquiatría Forense, en muchas ocasiones

se les vencen las indicaciones de los jueces y para llegar la renovación de la medida o a la orden de libertad, se tardaban varios meses.

Otro de los problemas que se tenía, es que los jueces no tomaban en la mayoría de los casos las recomendaciones de los equipos que atendían estos pacientes (cada 6 meses se les enviaba un informe de partes de Psiquiatría, Trabajo Social y Psicología). Debe tenerse presente que la mayoría de los pacientes que ingresaban era por desobediencia a la autoridad y cuando las familias sabían que la medida se iba a vencer, se las renovaban; esto era más importante para los jueces que el informe rendido por los diferentes especialistas. En el hospital no se contaba con un Defensor Público, que brindara asesoría y ayuda a los pacientes y sus familiares, lo cual debe cambiarse, y tener uno con conocimientos en patología mental, y deseoso de ayudarles.

Hay personas internadas casi de por vida. Parece que en virtud de lo anterior se les cobra a estos pacientes un exceso de pena, con respecto a lo que se le impondría a cualquier persona en las mismas circunstancias. En relación con este punto, los jueces de ejecución de la pena deben revisar de una manera consciente las medidas de seguridad, y se respeten los derechos de aquellos que merecen ser tratados como lo que son: seres humanos.

El numeral 51 del Código Penal de Costa Rica (1998), regula las medidas de seguridad e indica que las mismas se cumplirán en los lugares y en la forma en que una ley especial lo determine, de manera que ejerzan sobre el condenado una acción rehabilitadora. Estas se imponen de forma

indefinida, siempre que no sobrepase el monto máximo de la pena privativa de libertad (50 años). Sin embargo, este es un tema de discusión, en tal sentido se presenta un problema: de que como imponer una medida de seguridad por tiempo indefinido si el monto de la pena que se llegase a imponer tiene un límite establecido según el delito cometido, lo que debe motivar a realizar modificaciones a la ley.

Es importante que el país se preocupe, porque tanto el personal de salud, como los administradores de justicia, tengan una capacitación sobre los pacientes con patología mental, para poder brindarles la ayuda necesaria, y convertirse en un apoyo para el enfermo mental y no en un obstáculo.

El derecho es un derecho viviente, y como tal ha de hacer frente a la realidad de cada día en los tribunales, y qué mejor manera de perfeccionar las decisiones judiciales sino con personal debidamente capacitado para resolver con criterio técnico y científico. Incluso, en forma de derecho preventivo, debería implementarse en las universidades cursos de psiquiatría forense general, para formar así una cultura de estudiantes debidamente capacitados en psiquiatría y derecho.

El país debe tener un programa nacional sobre la concientización en la enfermedad mental, para quitar muchos mitos que hacen que estas personas sean vistas como agresivas y violentas; por ende, que sean rechazadas por la sociedad, incluyendo personal de salud.

En un aspecto general, se debe destacar que el 81% de las personas con déficit cognitivo, no llega a la universidad, y de los portadores de patología mental el 15 % no recibe educación, el 55% sólo va a la escuela, un 19 % tiene una secundaria parcial o completa y el 10 % llega a las universidades, según datos del INEC (2011). Esta información hace pensar en que una independencia económica y como individuo son difíciles. Por lo tanto, el 64% de la inactividad económica entre la población con discapacidad y que la cuota del 5% de empleo público reservado para ellos se incumple por falta de candidatos idóneos. El ciclo de escasa educación y desempleo se traduce en índices de pobreza del 22% entre las personas con discapacidad que habitan en el país; dicho porcentaje es superior al promedio nacional del 17%. La pobreza aumenta al 27% entre quienes tienen más de un tipo de limitación. (INEC, 2011). Por lo anterior es que urgen leyes que brinden protección especial a las personas con enfermedad mental.

Las estancias hospitalarias son de un coste elevado. En promedio el costo por día en el Hospital Nacional Psiquiátrico es 150.000 colones (Contabilidad, HNP, 2012). En algunos de los albergues para pacientes con enfermedad mental que se encuentran en el país, el costo por mes es de 200.000 colones, (Según información recolectada, llamando a cuatro albergues en los alrededores del HNP, 2011). Esto le incluye alimentación, cuidado, llevar el paciente a las citas, vigilar la toma de tratamiento, etcétera. Es decir, que a nivel privado, el estado pagaría lo mismo por un usuario portador de patología mental, si lo tuviera un día y medio en un hospital que por 30 días en un albergue. Al estar en un centro protegido hay una mejor adherencia al

tratamiento, menos deterioro, menor posibilidad de la callejización, drogadicción y delincuencia.

Ahora se cuenta con el Centro para la Atención de Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley. Este Centro se debe reforzar con personal preparado para manejar este tipo de población y que dentro de sus programas se incluya el que mientras la persona se encuentre en dicho centro, pueda recibir educación. De ser posible, se le enseñe un oficio y así estimularlo a tener independencia de su familia al dejar el centro, en los casos que así se pueda, sin dejar de lado el que logre hacer un uso adecuado de su medicación y estimularlo a no abandonarla. Trabajarles sobre la importancia del no uso de las drogas y las consecuencias de hacerlo. Integrar a las familias, para que al egreso los reciban y aprendan sobre el usuario y su patología, cómo ayudarlo y cuándo pedir ayuda.

La sociedad, debe asumir que los enfermos mentales no pueden ser un sobrante, una humillación para las familias, y que los enfermos mentales, deben integrarse de acuerdo con su propia capacidad, al país que los vio nacer, en todos los ámbitos de una sociedad que siempre ha relegado los derechos más inherentes a su condición de seres humanos, en lugar de ser una sociedad protectora de los discapacitados, una sociedad que les brinde las herramientas necesarias para salir adelante.

BIBLIOGRAFÍA

Archivo Nacional de Costa Rica, Decreto XXXVI, 29 de abril de 1885, Serie Leyes y Decretos.

Arias Marín, Paola y Villafuerte Orellana, Claudia. 2004. El intervalo lúcido y sus aspectos médicos, penales, civiles. Revista Escuela Judicial No. 3. Diciembre 2004. ISSN 1409-4347. San José, Costa Rica. Poder Judicial.

Barrios Flores, Luis. 2012. La puerta giratoria del Hospital Psiquiátrico Penitenciario Alicante. Revista Hoppes n 9. Febrero 5, 2012. En www.hoppes9revista-worpress.com/lapuertagiratoriadelhospitalpsiquiatrico

Bresciani Quirós, Stella. 2004 La interdicción y la curate, práctica judicial. Revista Escuela Judicial No. 3. Pág. 39 – 46.

Brenes Córdoba, Alberto. 1984. Tratado de las Personas. Vol. II. Juricentro. Pág. 189 – 195.

Bénézech, M., Addad, M. Y Grasset. 1981. A. “Criminologie et psychiatrie”.Enc.Med Chiir. Paris, 37906 A10.

Chocho Ramírez, Ana Sandra Elizabeth y González Navarro, Ana Ruth. 2007. La importancia de la pericia médico legal con los privados de libertad. Med. leg. Costa Rica v.24 n.1 Heredia marzo 2007.

CIE- 10 Trastornos mentales y del comportamiento, Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, Organización Mundial de la Salud, Madrid, Técnicas Gráficas FORMA, S.A.

Casas, M. 2002. Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Barcelona. Vol. 14. 195-219.

Carrasco Gómez, J.J, Maza J.M (2003). Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 2 da edición. Ed. La Ley. Pág. 701-1395.

Carrasco Gómez, J.J. 2009. Trastornos psíquicos y modificaciones de la impunidad: diagnóstico, pronóstico y medidas de seguridad". En la imputabilidad en general en el Derecho Penal. Cuadernos de derecho judicial. CGPJ, Madrid.

Calcedo Barba, A. 1994. "Violencia y Esquizofrenia", en Delgado S., Psiquiatría Legal Y Forense, Ed. Colex, Madrid.

Cabrera Forneiro, J. y Fuertes Rocañin, J. C (1997). Psiquiatría y Derecho, dos ciencias obligadas a entenderse. Cauce Editorial, pág. 330, Madrid.

Cervelló, Vicenta. (2004). Tratamiento penal y penitenciario del enfermo mental. En www.terra.es/./a...tratamiento%20penal%20%20penitenciario.html

Código de Familia (1998), República de Costa Rica, art. 230, 231, 240.

Código Procesal Civil, República de Costa Rica, art. 847 al 853.

Código Procesal Penal (1998), República de Costa Rica, artículos 487 y 388. Editorial de Investigaciones Jurídicas.

Código Penal, 10ª edición, Editorial Investigaciones Jurídicas, San José, Costa Rica, 2000, art. 42, 43, 44, 51, 97, 101, 104.

Código Penal de 1880 (1914). Art. 10. San José, Costa Rica: Tipografía Lehman.

Código Penal de la República de Costa Rica (1924). Art. 36. San José, Costa Rica: Imprenta María V. de Lines.

Código Penal y Código de Policía (1941). Art. 32. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional.

Cruz Castro, F. (1991). Psiquiatría Forense e imputabilidad. Revista de Medicina Legal de Costa Rica. V. 8, N 1, Mayo.

Constitución Política de la República de Costa Rica. Constitución de 1949. Editec Editores. San José, Costa Rica, 2009.

Desanti González María. 2010. La medida de seguridad de internamiento y su indeterminación temporal como violatoria al principio de seguridad jurídica. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Derecho, San José, Costa Rica.

Del Valle Carazo, Luis. 2004. La Pericia Médica. Revista de Medicina Legal de Costa Rica. V. 9, N 1, Mayo.

Entrevista al Doctor Cristian Elizondo, Director de CAPEMCOL, el 11 de diciembre del 2012.

Fite, J. 1989. Abus de drogue, deliquanceetinsécurité. Politiques locales et prevention. Strasbourg: Conseil de l'Europe.

Garay Boza, Norberto. (2009b). Retroceso histórico y creación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Semanario Universidad. Martes 21 de abril del 2009. En www.semanariouniversidad.ucr.cr/index

Garay Boza, Norberto. (2010). Procesal penal del inimputable. El estancamiento histórico en el proceso de imposición y ejecución de medidas de seguridad. Revista Judicial 8, pág. 89 – 111. ISSV1409-4347. En <http://www.poder-judicial.go.cr/escuelajudicial/archivos20%actuales/documentos/revs-ej/rev-ej-n3>

Garay Boza, Norberto. 2009. El Hospital Psiquiátrico Penitenciario. San José. La Prensa Libre. 2009. En www.prensalibre.cr/.../30730-centro-psiquiatrico-penitenciario.

García Ramón, Mayoral Fermín, Roig Alicia. 1987. Sobre el Sanatorio Psiquiátrico penitenciario de Fontcalent (Alicante). Revista AEN vol. VII No 23, 1987. En www.revistaaen.es/index.php/aen/article/14970-14835

Gisbert Calabuig. 1991. *Medicina legal y toxicología (4ª edición)*. (pp. 875-893). Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.

Gisbert Calabuig, J.A. 1997. Medicina Legal y práctica Forense. Psiquiatría Forense. Ed. Saber, Valencia.

Gelder, López-Ibor, Andreasen (2004). Tratado de psiquiatría. Tomo III. España.

Hemsley, D (1995). La esquizofrenia: modelos explicativos. Manual de psicopatología. Belloch, Sandin, Ramos, Ed. Mc Graw Hill, Madrid.

Harbottle Quirós, Frank. (2010). Las medidas de seguridad en la jurisprudencia penal costarricense a propósito de la entrada en vigencia de la ley de creación del recurso de apelación. En <http://www.poder-judicial.go.cr/escuelajudicial/archivos20%actuales/documentos/revistajudicial%20104%20>.

Hernández Villalobos Álvaro. 2008. Análisis del impacto que genera en el Hospital Nacional Psiquiátrico el internamiento de medidas de seguridad. Tesis para optar por el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud. San José 2008.

Hore Brian. Alcohol y delito. 1990. En Bluglass R., Bowden P., Principles and practice of forensic psychiatry, London, 1990.

Instituto Nacional de Estadística y Censos, Costa Rica. Resultados y análisis del Censo 2011.

Libro de actas, Asamblea Legislativa, pág. 167, año 1970.

La Nación (domingo 30 de mayo de 1971). Dr. González Murillo, arquitecto del Hospital Psiquiátrico "Las Pavas". Pág. 54 Costa Rica.

La Nación (sábado 14 de septiembre de 1974). Hospital Nacional Psiquiátrico y su historia. Pág. 22 b. Costa Rica.

La Nación (sábado 14 de septiembre de 1974). Pacientes del Psiquiátrico llevarán una vida casi normal. Pág. 22b. Costa Rica.

Los hospitales psiquiátricos penitenciarios están sobrepoblados por un alto número de ingresos inadecuados. En www.europapress.es/.../noticia-hospitales-psiquiatricos-penitenciarios, del Jueves 6 de diciembre del 2012.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4th edición (DSM-IV). Washington DC: Masson, 1994.

Muñoz Conde, F. (1988). La imputabilidad desde el punto de vista médico, psiquiátrico y jurisprudencial. Curso Nacional de psiquiatría Forense. Mérida: UNED.

Marquéz de Oliviera. 2012. Esquizofrenia y dependencia del tabaco: una revisión integradora. ISSN 1695-6 (4) no.25. Enero 2012.

Nahas, G y Trouvé, R. 1992. Toxicomanías. Ed. Masson, Barcelona.

Ortiz, T. y Ladrón de Guevara, J. (1998). *Lecciones de psiquiatría forense*. Granada: Editorial Comares.

Perr Irvin, N. 1991. "Crime and multiple personality disorder: a case history and discussion" Bull am acad Psychiatry Law, vol 19, n 2, 1991.

Proyecto de Ley expediente número 16269. Comisión Especial de Derechos Humanos, Asamblea Legislativa de Costa Rica.

Rodes, F. y Martí, J.B. (1997). *Valoración médico-legal del enfermo mental*. Alicante: Universidad de Alicante.

Rodríguez- Arrebola. 2005. Abordaje Psiquiátrico de los Trastornos de Personalidad en el medio penitenciario. Rev. Española Sanid Penitenciaria 2005; 7: 134 – 141.

Rodríguez Roberto. 2008. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. Investigación Clínica 49 (2): 195 – 205. 2008.

Rodríguez Jiménez, Manuel. 1991. Reseña histórica del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí Torres. En <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/rhistoricahnp.pdf>

Roig Salas Alicia, Capilla Teresa, Carballo Serafín. 1985. Informe sobre el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 5. Nov 14 1985. En www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14829.

Roig Salas Alicia, García López Ramón. 1987. Informe sobre la Unidad de Judiciales de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet (Barcelona). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. VII No 2 1987. En www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14938/480

Servicio de Estadística y Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011. San José, Costa Rica.

Servicio Contable Financiero del Hospital Nacional Psiquiátrico, 2011. . San José, Costa Rica.

Vázquez, B. y Hernández, J. A. (1993). El Psicólogo en las Clínicas Médico-forenses. En J. Urra y B. Vázquez (Comps.). *Manual de psicología forense*. (pp. 177-204). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Votos 2004-214, 2005-406,2005-537,2005-616 del Tribunal de Casación Penal del Segundo Circuito Judicial de San José, Costa Rica.

Voto 2007-00625 de la Sala Tercera, San José Costa Rica.

Votos 2008-314 del Tribunal de Casación del Tercer Circuito Judicial de Alajuela, Costa Rica.

Votos 2586-1993 y 4555-09 de la Sala Constitucional, San José Costa Rica.

Voto de la Sala Constitucional exp.08-013518-007-CO, resolución No. 2009004555. San José, Costa Rica.

Valverde Molina, J.M (1993). El proceso de inadaptación social. Ed. Popular, Madrid.

Weisman, A. (1998). Mental health outpatient in correctional settings. *Clinical practice in correctional medicine*, pág. 221 -233.

www.iafa.go.cr, datos del 2010.

ANEXOS

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

Código identificación: ----

Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

Estado Civil: 1. Soltero
2. casado
3. divorciado
4. separado
5. unión libre

Edad: -----

Nivel de educación: -----

Trabaja: -----

A) Enfermedad psiquiátrica por la cual es declarado inimputable: -----

B) Enfermedades concomitantes: -----

C) Años de evolución de la enfermedad: -----

D) Se encontraba en tratamiento al momento del evento -----

E) Residencia: -----

F) Con quién vivía al momento de los hechos: -----, Hijos ----

D) Provincia del Juzgado que generó la orden de internamiento:

- 1 San José
- 2 Heredia
- 3 Alajuela
- 4 Cartago
- 5 Guanacaste
- 6 Puntarenas
- 7 Limón

G) Tipo de delito: -----, Delitos intrahospitalarios: -----

F) Relación con la víctima: -----

H) antecedentes de: VIF --- SAS ---- Penales ----

I) Uso de drogas: -----

J) Número de internamientos previos: ----- Internamientos previos no ocasionados por procedimientos judiciales: -----

K) Estancia: días: -----

L) Tipo de la sentencia: -----

