



Universidad de San Carlos de Guatemala

Escuela de Ciencias Psicológicas

Departamento de Estudios de Postgrado

Maestría en Psicología Forense

“VALORACIÓN DE RIESGO DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS Y GRADO DE PELIGROSIDAD EN PACIENTES MASCULINOS PRIVADOS DE LIBERTAD INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. FEDERICO MORA”

Corina Bazzini Zeissig

Guatemala, Septiembre 2020

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

Secretaria

Maestra Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

Representantes de los Profesores

Astrid Theilheimer Madariaga

Leslie Danineth García Morales

Representantes Estudiantiles

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

Representante de Egresados

MIEMBROS DEL CONCEJO ACADÉMICO

Maestro Mynor Estuardo Lemus Urbina

Director

Maestro Ronald Amilcar Solís Zea

Director Departamento de Postgrado

Maestra Gabriela Alvarez García

Maestro Francisco José Ureta Morales

Maestro Miguel Alfredo Guillén Barillas

Maestro Mario Colli Alonso

Docentes titulares

Autorización para impresión trabajo de graduación
Maestría en Psicología Forense con Categoría en Artes 2da. cohorte

Guatemala 12 de octubre de 2020

Licenciada (o)

Corina Bazzini Zeissig

Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada (o) Bazzini Zeissig:

Transcribo a usted el punto del Acta 57-2020, de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 9 de octubre de 2020, que literalmente dice:

"QUINTO: El Consejo Directivo, Considerando: Que se conoció oficio D.E.Ps 105-2020, de fecha 17 de septiembre de 2020, en el que transcribe el Punto CUARTO del ACTA No CADEP-Ps,16-2020 de fecha dieciséis de septiembre de dos mil veinte, El director del Departamento de Estudios de Postgrado invitó al Maestro Francisco José Ureta Morales, responsable del curso de seminario II para que presente los trabajos finales de los estudiantes de la Maestría en Psicología Forense, segunda cohorte. Este trabajo representa el último paso para culminar con los requisitos de graduación de la Maestría. Para tal efecto, los miembros del Concejo Académico del Departamento revisaron los documentos que fueron presentados y realizaron algunas preguntas sobre contenidos que fueron de interés debido a lo innovador del tema, la metodología utilizada, entre otros. Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Concejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos. "Autorizar la impresión del trabajo final a la **Licenciada (o) Corina Bazzini Zeissig**, carne No. **201890625** con el tema "Valoración de riesgo de comportamientos violentos y grado de peligrosidad en pacientes masculinos privados de libertad internados en el hospital de salud mental Dr. Federico Mora." **Acuerda: Autorizar la impresión del trabajo de graduación de la Maestría en Psicología Forense 2da. Cohorte, con categoría en Artes"**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA

Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio "A"

9ª. Avenida 9-45, zona 11. Tel. 24187530



Universidad De San Carlos De Guatemala
 Escuela De Ciencias Psicológicas
 Departamento de Estudios De Postgrado
 Centro Universitario Metropolitano -CUM-
 9ª. Avenida 9-45 zona 11 Edificio "A" Oficina 407
 Tel. 2418-7561 postgrado@psicousac.edu.gt

D.E.P.Ps 112-2020

Guatemala, 5 de octubre de 2020

**Autorización para impresión trabajo de graduación
 Maestría en Psicología Forense 2da. Cohorte**

Licenciada (o)
 Corina Bazzini Zeissig
 Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada (o) Bazzini Zeissig:

Después de saludarle cordialmente, transcribo a usted el Punto CUARTO del ACTA No. CADEP-Ps-16-2020 de fecha dieciséis de septiembre del dos mil veinte: El director del Departamento de Estudios de Postgrado invitó al Maestro Francisco José Ureta Morales, responsable del curso de seminario II para que presente los trabajos finales de los estudiantes de la Maestría en Psicología Forense, segunda cohorte. Este trabajo representa el último paso para culminar con los requisitos de graduación de la Maestría. Para tal efecto, los miembros del Concejo Académico del Departamento revisaron los documentos que fueron presentados y realizaron algunas preguntas sobre contenidos que fueron de interés debido a lo innovador del tema, la metodología utilizada, entre otros. Considerando, Reglamento de del Sistema de Estudios de Postgrado, Capítulo III, Evaluación del Rendimiento Académico, Artículo 61. Atribuciones del Consejo Académico, literal b, Resolver los asuntos presentados por el Director de Estudios de Postgrado; sobre la Dirección del Departamento, Artículo 66. Atribuciones de la Dirección, literal f, Organizar y supervisar el funcionamiento del control académico basado en lo dispuesto por la Coordinadora General del Sistema de Estudios de Postgrado, n. Extender certificación de cursos, constancia de derechos de graduación y certificación de actas de graduación; sobre la evaluación del rendimiento académico de los estudiantes, Artículo 86. Graduación. Cumplidos los requisitos estipulados en este Reglamento y en el Normativo específico de la Unidad Académica, se le otorgará al profesional el grado que corresponda en acto público. Considerando, el Normativo del Departamento de Estudios de Postgrado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, en el artículo 9, Funciones del Concejo Académico, literal g, Conocer sobre asuntos estudiantiles de los programas de estudios de postgrado, tales como proyectos de investigación, solicitudes específicas y otros asuntos no previstos, se **ACUERDA:** 3) Autorizar, la impresión del trabajo final de graduación con título **“Valoración de riesgo de comportamientos violentos y grado de peligrosidad en pacientes masculinos privados de libertad internados en el hospital de salud mental Dr. Federico Mora.”** 4) programar la graduación virtual con fecha 6 y 13 de noviembre para que los maestrantes que cumplan con los requisitos académicos y administrativos. -----

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



**Maestro-Ronald Amílcar Solís
 Director Departamento de Postgrados
 Escuela de Ciencias Psicológicas**

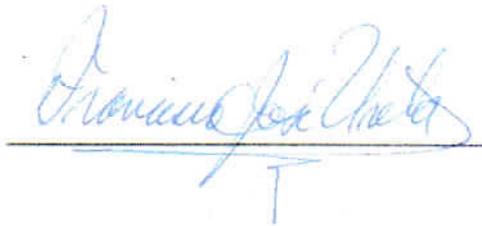
Guatemala, 2 de septiembre de 2020

Maestro
Ronald Solís Zea
Director
Departamento de Estudios de Postgrado
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano -CUM-
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Estimado Maestro Solís:

Reciba un saludo cordial. Por este medio hago de su conocimiento que emito **DICTAMEN TÉCNICO FAVORABLE** al trabajo de graduación del (de la) estudiante ___ Corina Bazzini Zeissig_____, previo a optar al grado de Maestro(a) en _____Psicología Forense_____, el cual acompañé durante su realización. Dicho trabajo de graduación lleva por título _ "Valoración de riesgo de comportamientos violentos y grado de peligrosidad en pacientes masculinos privados de libertad internados en el hospital de salud mental Dr. Federico Mora" _.

Atentamente,



M. Sc. Francisco José Ureta Morales
Colegiado No. 3327

ÍNDICE

ÍNDICE	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I GENERALIDADES	4
1.1 Línea de Investigación	4
1.2 Planteamiento del Problema	4
1.3 Justificación	5
1.4 Alcances.....	6
1.6 Objetivos	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
Preguntas de Investigación.....	7
Pregunta Específica.....	8
1.7 Definición de Variables	8
1.7.1 Variable	8
Definición operacional	9
1.7.2 Variable	9
Definición conceptual.....	9
Definición operacional	9
CAPÍTULO II	10
MARCO CONCEPTUAL	10
1. Violencia.....	10
1.1 Tipos de Violencia.....	12
1.2 Evolución Histórica de la Valoración del Riesgo.....	15
2. Peligrosidad.....	16
2.1. Peligrosidad Criminal.....	20
2.2. Medidas de Seguridad.....	22
3. Salud Mental En Guatemala.....	25
4. Pacientes Privados de libertad internos en Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”	27
4.1 Ejecución de la pena privativa de libertad orientado hacia la reinserción social	31
CAPÍTULO III	33

MARCO METODOLÓGICO.....	33
3.1. Diseño de la Investigación:	33
3.2. Características de la Muestra	33
3.3. Instrumentos.....	34
Instrumentos y Herramientas.....	35
Validez y Pilotaje	36
3.4. Procedimiento de Investigación:	37
3.5. Diseño y Metodología del Análisis de la Información Recabada	38
CAPÍTULO IV	39
RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	39
PRUEBA HCR-20.....	39
PRUEBA PCL-SV	42
Análisis de resultados.....	44
CAPITULO V	51
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	54
Para la institución.	54
Para futuros profesionales.	54
Para futuros investigadores.	55
CAPÍTULO VI.....	56
Análisis de Involucrados.....	56
Árbol de problemas.....	62
Análisis Contextual y Diagnóstico.....	63
Árbol de objetivos	67
Análisis de Opciones	69
Alternativas de solución.....	70
Fundamentos Teóricos.....	73
Matriz del Marco Lógico	86
Presupuesto	99
Cronograma.....	105
Evaluación del Proyecto	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la valoración de riesgo de comportamientos violentos y grado de peligrosidad en pacientes hombres privados de libertad e internados en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.

Se presenta el planteamiento y justificación, la cual se centró en analizar los propósitos de esta evaluación, se desarrollaron temas a partir de interrogantes, en cuestión de crítica en cuanto al encierro preventivo o perpetuo, para los internos con delitos, cuestionamiento donde se vincula con el tema de peligrosidad y valoración de riesgo, el cual habla de enfocarse en delitos del pasado y no en posibles delitos por cometer en el futuro.

Plantea cambios en materia de medidas de seguridad en los internamientos y la libertad vigilada, según estén categorizados por su estado mental. Esta investigación tiene un diseño descriptivo y transversal ya que pretendió describir por medio de la evaluación y determinar la posibilidad de que estos puedan o no delinquir en el futuro, valorando cada caso en el área forense.

En base a la pregunta general y objetivos de la presente investigación se realiza el marco conceptual el cual explicó detalladamente los temas que implícitamente están vinculados con las variables de esta investigación. Como lo es la violencia, tipos de violencia, evolución histórica de la valoración de riesgo, la peligrosidad, medidas de seguridad, la salud mental en Guatemala, la población a investigar.

El análisis descriptivo arroja que la mayoría de los pacientes sujetos de estudio, es decir, un 75%, no representan un riesgo de comportamiento violento, así mismo, el mismo porcentaje representan una baja peligrosidad. Con base a ello, se sugiere la creación de un Protocolo que brinde como herramienta una ruta de atención dentro de parámetros establecidos, dentro del proceso penal de los pacientes privados de libertad y así poder brindarles el seguimiento y la atención especializada. Así mismo valorar la conducta como medida preventiva durante su estadía dentro del nosocomio y a partir de estas evaluaciones, se utilizarán para facilitar su rehabilitación y reinserción a la sociedad.

El presente tema no queda fuera de la labor del psicólogo forense, ya que la importancia de la violencia y la peligrosidad en cualquiera de sus múltiples formas (doméstica, sexual, interpersonal, etc.) genera mucha preocupación en todas las sociedades modernas donde el grado de desarrollo y bienestar convierte a este fenómeno, en una causa grave y comprendida de muchos problemas de salud y deterioro de convivencia.

El gobierno es consciente de este problema, son los profesionales de la psicología, psiquiatría, criminología, el derecho, la sociología y la medicina de realizar intervenciones eficaces para reducir y controlar la violencia en todas sus manifestaciones.

La Organización Mundial de la Salud (2002), destaca la necesidad de una intervención profesional continuada y de una decidida acción de los gobiernos para reducir este problema. La garantía de una intervención eficaz para la reducción de la

violencia tiene relación con el conocimiento minucioso de las causas y situaciones que las producen.

La violencia es considerada como un conjunto de estrategias por medio del cual los individuos, a veces individual y otras veces en grupo, tratan de imponer su voluntad de poder y dominio sobre otros, utilizando para ello tácticas comportamentales que producen daño o malestar en las víctimas, cualesquiera que sean las condiciones personales de las mismas.

La violencia adquiere mayor gravedad cuando sus efectos son muy dañinos. Es por esta razón se valorizarán los riesgos conductuales y peligrosidad para establecer si por medio de esta evaluación se establece dichos rasgos para su prevención y su respectiva rehabilitación.

Los resultados reflejaron que la valoración de riesgo de comportamientos violentos en su mayoría se maneja de manera mínima, como también, el grado de peligrosidad que se opera en un 75% de peligrosidad baja dentro de la población entrevistada. Por lo que se concluye que la mayoría de los pacientes sujetos a estudio no representan un riesgo de comportamiento violento, así mismo representan una baja peligrosidad. Por lo que se recomendó a la institución crear un protocolo que guíe la ruta de atención indicada durante los procesos penales de los individuos ya recluidos como de futuras personas que ingresen al Hospital, para así agilizarlos y brindarles el apoyo legal que necesiten.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1 Línea de Investigación

Psicología forense busca asesorar a los jueces y tribunales en los procesos judiciales, como también se encarga de realizar peritajes psicológicos, evaluaciones de daños psicológicos, el estado mental del agresor o agredido o de la capacitación de un testigo para declarar, por medio de pruebas psicométricas que se encargan de determinar en este caso, la conducta agresiva, criminal o peligrosa.

Psicopatología forense y conducta criminal, los cual analizan el ambiente psicológico al que ha estado expuesto el delincuente, las experiencias por las que atraviesa en su proceso, los fines personales que se esfuerza por alcanzar, dentro de ellas los procesos psicopatológicos.

Esta línea de investigación también se centra en utilizar los factores psicológicos y sociales como puntos fundamentales para la evaluación y clasificación del delincuente.

1.2 Planteamiento del Problema

El propósito de esta investigación surgió a partir de varias interrogantes, ya que se critica y se cuestiona el encierro preventivo o perpetuo, para los internos con delitos. Existen varios cuestionamientos donde se les vincula con la idea de peligrosidad y el encierro perpetuo o peligrosidad social “son expresiones que se remiten a tiempos pretéritos al hablar de enfermedad mental”, enfocarse en delitos pasados y no en

posibles delitos por cometer en el futuro, quiere decir que ¿cómo establece el sistema institucional los cambios en materia de medidas de seguridad de los internamientos y la libertad vigilada? O bien, ¿cómo podrían ser aplicadas según sea su estado mental?

Además, existen críticas, derivadas del siguiente debate. Al ser ilegal, ¿qué probabilidad existe de que se pueda privar de libertad indefinidamente mediante el encadenamiento de medidas de internamiento a personas con enfermedades mentales? Quiere decir que, si una persona comete un delito y se le considera por motivos de salud mental inimputable, que establece que no es responsable de sus actos, por lo que lo normal sería que se le apliquen medidas de seguridad, las cuales, normalmente son el internamiento en un centro psiquiátrico, en lugar de ir a prisión. ¿Cómo puede el juez emitir su sentencia sin el soporte médico psiquiátrico legal? Dictando una medida que se vuelve extensa y sin darle seguimiento luego del plazo establecido según sea la falta o delito.

1.3 Justificación

La Unidad Psiquiátrica Penitenciaria, es un servicio hospitalario para personas con implicación penal que necesitan tratamiento psiquiátrico, custodia y seguridad perimetral por parte del sistema penitenciario, que no es un centro de Detención Especial, no cuenta con estudios o investigaciones que expongan los porcentajes de la valoración de riesgo de comportamientos violentos y grado de peligrosidad de pacientes masculinos, privados de libertad, internos en dicho nosocomio.

Rodríguez (2003), La peligrosidad y la valoración de riesgo, no son conceptos clínicos ni psicopatológicos, determinar y describir la posibilidad de que los pacientes con

alguna enfermedad mental cometan un delito, no difiere de las personas sanas mentalmente; se asocia la conducta delictiva y trastorno mental teniendo una respuesta social fundada en el desconcierto y en los prejuicios de la evidencia.

Los psicópatas y las personas que son conscientes de lo que hacen, y que cometen actos violentos de forma voluntaria, se diferencian de los que tienen episodios psicóticos, tales como delirios o alucinaciones, siendo inconscientes de sus propios actos, por falta de un abordaje médico apropiado. (Arguedas, 2019)

1.4 Alcances

El diseño descriptivo y transversal en esta investigación, describió la valoración del riesgo en el estado de conducta violenta y peligrosidad en pacientes masculinos, privados de libertad internos en el Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora. La intención de esta investigación no fue determinar la posibilidad de que estos puedan o no delinquir en el futuro, sino valorizar cada caso evaluado en esta área forense. Se determinó si los antecedentes conductuales y desarrollo dentro de la institución permitían valorizar dichos internamientos por medio de esta categorización y así desarrollar un programa de rehabilitación y reinserción a la sociedad para dichos pacientes.

1.5 Limites

Falta de información en la historia clínica del paciente así como del estado premórbido.

El horario y días para la recolección de datos fue limitado.

1.6 Objetivos

Objetivo general

Valorar el riesgo de comportamientos violentos y el grado de peligrosidad en pacientes hombres privados de libertad e internados bajo los protocolos del Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”

Objetivos específicos

- Describir la valoración de riesgo de comportamiento violento, por medio de consideraciones de tipo histórico, clínico y afrontamiento de riesgo en pacientes masculinos privados de libertad bajo los protocolos del Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.
- Determinar el grado de peligrosidad en relación con el resultado del riesgo de comportamiento violento, como medida de prevención para la atención y rehabilitación de los pacientes masculinos privados de libertad que se encuentran bajo los protocolos del Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.

Preguntas de Investigación

¿Permite el sistema institucional según sea el nivel de riesgo de conducta violenta y grado de peligrosidad en pacientes privados de libertad, con internamiento en el Hospital de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, establecer dichos parámetros para la

permanencia de estos dentro de la Institución o bien darles seguimiento a los casos post internamiento?

Pregunta Específica

¿Es posible concientizar al Sistema Legal e involucrados en el proceso penal del sindicado, sobre el riesgo de la conducta violenta y grado de peligrosidad en pacientes privados de libertad con internamiento en el Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora, para que su permanencia en dicho nosocomio sea ambulatoria y no permanente y agilicen su resolución según sea su estado mental y la valoración de una reinserción social luego de ser asistido y rehabilitado?

1.7 Definición de Variables

1.7.1 Variable

Valoración de riesgo de comportamientos violentos

Definición conceptual

Hilterman (2005) menciona que la valoración de riesgo como un conjunto de estrategias por medio del cual los individuos, a veces individual y otras veces en grupo, tratan de imponer su voluntad de poder y dominio sobre otros, utilizando para ello tácticas comportamentales que producen daño o malestar en las víctimas, cualesquiera que sean las condiciones personales de las mismas.”

Definición operacional

Generación de datos registrados en los instrumentos a través de 32 preguntas y entrevistas ambulatorias, así como captura de datos de otras fuentes de información.

1.7.2 Variable

Peligrosidad

Definición conceptual

“La peligrosidad se basa en un juicio de probabilidad de que un sujeto llegue a cometer un acto delictivo. Debemos tener en cuenta que se trata de una peligrosidad post-delictual, lo cual significa que para poder determinarla es necesario que el hecho delictivo se haya cometido previamente.” (Esbec, 2003).

Definición operacional

La peligrosidad se valoró por medio de la “Escala de Evaluación de la Psicopatía (PCL:SV) desarrollada por S.D. Hart, D.N. Cox y R.D. Hare. La prueba se compone de 20 ítems con 0, 1 o 2 puntos en la que puede emplear entre 90 y 120 minutos, a partir de la información recogida durante una entrevista semiestructurada, incluida en el instrumento, y de la documentación disponible sobre el sujeto: historial delictivo, informes periciales, actas de juicios, historial laboral, valoraciones de iguales, etc.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

1. Violencia

La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo, y nos afecta a todos de un modo u otro. Para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros, en cambio, no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los demás. Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, y Lozano, 2003)

La Organización Mundial de la Salud (2002), define violencia como, *“el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*.

Jiménez-Bautista (2012), explica *“en un sentido amplio que la violencia se refiere al daño ejercido sobre los seres humanos por parte de otros seres humanos (...) es el resultado de la interacción entre la agresividad natural y la cultura. Es decir, violencia es cualquier acción o inacción realizada a otro ser humano con la finalidad de causarle daños físicos o de otro tipo, sin que haya beneficio para la eficacia biológica propia. Lo que caracteriza a la violencia es su gratuidad biológica y su intencionalidad psicológica”*.

Webster (2005) explica que existe Violencia Previa *“Si hay un descubrimiento que oscurece a todos los demás, es que la probabilidad de cometer delitos aumenta con cada acto delictivo previo registrado”*.

Se han planteado diversos estudios que son determinantes y justifican la afirmación anterior. Existen individuos que han sido valorados para dar a conocer puntualmente su peligrosidad en el área jurídico forense, partir de antecedentes de actos cometidos que puedan ser un buen predictor de violencia futura. Se reconoce que los actos en sí mismos no dan, necesariamente, cuenta de la biografía completa y esto posiblemente da a entender que se debe considerar “la intencionalidad” en los actos que relacionan a la víctima con el agresor.

Es preciso que el evaluador entienda que en la definición de violencia existen codificaciones cómo “Ausencia o pertenencia de antecedentes violentos”, refierase cómo leve, moderada y graves. Esto pretende captar la calidad y cantidad de violencia previa del sujeto, de tal manera que el número de actos violentos es correlacionable con la gravedad de éstos para determinar o predecir la probabilidad de volverlos a cometer más adelante. Los actos de violencia moderada incluyen actos cómo “abofetear, empujar y otras conductas que no causen lesiones serias o permanentes en la víctima”, y los graves incluyen “falta de límites, cómo aquellos que causen la muerte o lesiones muy severas a la víctima.”

Es decir que “la violencia previa”, incluye todos aquellos actos violentos ocurridos antes y durante el tiempo de la valoración. Esto muestra el índice de delitos, la violencia

cometida durante el encarcelamiento o hospitalización (si procede), o la violencia dirigida observada durante la evaluación de la entrevista.

A menudo, la violencia puede preverse y prevenirse. Al igual que otros problemas de salud, no se distribuye de manera uniforme entre los diversos grupos de población o ámbitos. Muchos de los factores que elevan el riesgo de violencia son comunes a los distintos tipos de esta, y es posible modificarlos.

1.1 Tipos de Violencia

La Organización Mundial de la Salud (2002), divide en tres categorías los tipos de violencia, según sean las características de los autores del acto violento:

- La violencia autoinfligida, que habla del comportamiento suicida y autolesiones.
- La violencia interpersonal, que menciona la violencia familiar, incluye a niños y adolescentes, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco.
- La violencia colectiva, que habla del área social, político y económico.

Cabe mencionar que la violencia puede ser de una tipología según sea la naturaleza de sus actos, cómo por ejemplo menciona la OMS, que puede ser física, sexual, psíquica, lo anterior incluye privaciones o descuido.

Por otro lado, Galtung (1998) explica que existen otros tipos de violencia, la cultural, la estructural y la directa. Donde la violencia cultural es la suma total

de todos los mitos, de gloria y trauma y demás, que sirven para justificar la violencia directa. Y la violencia estructural es la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales, y cementados, solidificados, de tal forma que los resultados injustos, desiguales, son casi inmutables. Y la violencia directa surge de la combinación de ambas premisas.

Los efectos visibles de la violencia directa son los muertos, heridos, desplazados, daños materiales, todos golpeando cada vez más a la población civil. Pero los efectos invisibles pueden ser aún más perversos: la violencia directa refuerza la violencia estructural y cultural, sin embargo, lo más importante es el odio y la adicción a la venganza por el trauma sufrido entre los perdedores, y a más triunfos, más gloria, entre los vencedores.

Pueyo & Redondo Illescas (2007) encuentran la violencia dividida en varios aspectos según su tipo, cómo lo es la complejidad que habla tanto de la estrategia psicológica, que incluye componentes cognitivos, actitudinales, emocionales y motivacionales que actúan de forma interrelacionada con una finalidad establecida. Estas estrategias se definen por un fin y es en el caso de la violencia que pueden distinguir fines específicos. “El terrorismo tiene como finalidad imponer el poder político”, cómo lo es la “violencia doméstica el control individual sobre los miembros de la familia, la violencia de género ejercer el poder y la dominación sobre mujeres, la violencia racial el dominio y el sometimiento de otros grupos étnicos, etc.”

La violencia “*es un fenómeno heterogenio*” (Reiss et al., 1994), quiere decir que permite ver especialmente una perspectiva aplicada, lo que significa que se ocupa de la prevención, el control y la reducción de violencia. Hay varios tipos de violencia que se pueden clasificar según distintos criterios cómo la manera de ejercerla, hablese de física, psicológica, sexual y económica. Las características del agresor cómo jóvenes, adultos, mujeres, etc. Y de la víctima de violencia de género, de maltrato infantil, de un robo violento, etc. También puede clasificarse atendiendo al contexto de la relación entre agresor y víctima y como la violencia escolar (bullying), laboral (mobbing), esta también puede ser doméstica o familiar, etc.

Tal cómo es citado anteriormente, en el estudio epidemiológico de la OMS, se propone una tipología, que es muy útil y apropiada, ya que se clasifican los tipos de violencia según su doble criterio, la relación entre agresor y víctima y la naturaleza de la acción violenta. Dentro de lo establecido aparecen más de treinta tipos específicos de violencia, que son el resultado de combinar la naturaleza de la violencia física, sexual, psicológica o por privación/abandono, con el individuo que es el autor del acto y su relación con la víctima, auto dirigida, intrapersonal y colectiva. Estos muchas veces suelen aparecer juntas y de forma combinada, pero en un sentido que se pueda analizar que presentan sus propias prevalencias, reglas de aparición y factores de riesgo asociados.

1.2 Evolución Histórica de la Valoración del Riesgo

Tradicionalmente en el análisis de peligrosidad y valoración de riesgo se suelen estudiar dos instancias, la primera de ellas es la personalidad, en ella se entiende desde un contexto amplio que encaja factores constitucionales, cómo crianza, rasgo o disposiciones. Y la segunda sería la situación peligrosa, cómo lo es la ocasión de cometer un delito está presente y existe la impulsión hacia él.

A lo largo de la historia del siglo pasado se han realizado diferentes estudios clásicos, pero aun así se no se ha conseguido establecer un tipo estructurado de la personalidad criminal, aunque si es cierto que se han obtenido ciertos rasgos como la baja autoestima e impulsividad que aparecen frecuentemente en delincuentes que han sido considerados cómo peligrosos, pero se tratan de características que se definen cómo colectivamente peligrosos, no a un individuo concreto cómo peligroso.

Por lo que, tanto la violencia como la peligrosidad, poseen tres componentes fundamentales que fueron descritos y desarrollados a lo largo del tiempo:

- Factores de riesgo: utilizados para la predicción de la violencia.
- Daño: se refiere a la cantidad y tipo de violencia que se pretende predecir.
- Nivel de riesgo: es la probabilidad del daño.

En ese último punto el que se convierte en la característica más saliente en el alejamiento del pensamiento dicotómico. El nivel de riesgo deberá ser visto como un continuo de probabilidad respecto a un sujeto. (Rodríguez, 2003)

2. Peligrosidad

Pueyo & Redondo Illescas, (2007), exponen que *“la peligrosidad, además de un concepto jurídico, también es un concepto común, que forma parte del lenguaje cotidiano y refiere a la propensión del individuo a cometer actos violentos y peligrosos”*. En este concepto se resume con la claridad aparente, la idea del predictor por excelencia de la violencia futura. Esto quiere decir que ha sido y es utilizado en la actualidad para este fin en las legislaciones penales.

El tema de peligrosidad es un argumento que ha sido objeto de polémicas tanto en el campo del Derecho penal, cómo la criminología, la psicología y psiquiatría porque mientras que para algunos es “útil y fecundo”, para otros no es más que una “fuente de problemas”.

La definición de estado peligroso y de peligrosidad en sí misma es relativa. Lo que sí es posible estudiar en un sujeto dado son una serie de rasgos de personalidad que pueden definir de alguna forma su peligrosidad (Castellano, et al, 2005).

Parfraseando a Ziffer (2008), la crítica más sólida contra la idea de “peligrosidad” como fundamento de injerencias en la libertad se relaciona con la imposibilidad de formular predicciones certeras de conducta humana. Con todo, una renuncia drástica

a todo pronóstico de conducta futura no parece efectivamente realizable en el estado actual del derecho. De este modo, la atención se debe concentrar en el examen de cuáles son los problemas concretos que plantean las decisiones de pronóstico y cuáles son sus límites.

A criterio de Cabello (1981), el concepto de peligrosidad involucra un pronóstico, pero también posee carácter diagnóstico, en cuanto, si bien la peligrosidad envuelve un juicio sobre elementos futuros, se obtiene mediante la valoración de elementos presentes. El diagnóstico de peligrosidad conduce a la consideración de cinco elementos:

- Personalidad del autor.
- Naturaleza y carácter de la enfermedad mental que padece.
- Momento evolutivo.
- Gravedad del hecho apreciada psicogenéticamente.
- Condiciones nosológicas relacionadas con la vida familiar y social del enfermo que se proyectan a su futuro existencial.

Categoricamente se debe afirmar que no todo inimputable es peligroso.

Garrido, Stangeland, y Redondo (2006), comentan que la peligrosidad se introduce por primera vez en el contexto “lambrosiano” de la criminología a finales del siglo XIX. Deriva del concepto de “temibilitá” propuesto por Raffaele Garofallo, según el cual la peligrosidad se sustentaría en las características y atributos psicológicos del sujeto

que justifican el riesgo de futuros comportamientos violentos. En su significado original la peligrosidad hacía referencia a “la perversidad contante y activa del delincuente y la cantidad de mal previsto que hay que temer por parte de este”. Esta concepción inicial, marcadamente clínica, consideraba a la peligrosidad como un estado mental patológico de origen constitucional.

La asociación entre patología y peligrosidad se ha mantenido vigente (aunque discutida) en tradición psiquiátrica y psicoanalítica, y por ejemplo se encuentra en el caso de violencia sexual. En esta concepción de la peligrosidad se encontraba muy ligada a la enfermedad mental grave y así prevalece. Debido al desarrollo de la práctica jurídica a lo largo del siglo XX, el concepto de peligrosidad pierde parte del sentido clínico inicial y adquiere un significado más neutro, más actuarial. La peligrosidad consistía en la “probabilidad manifiesta de que un sujeto se convertirá en autor de delitos o cometerá nuevas infracciones”

En la actualidad se considera la peligrosidad como una categoría legal por la que conocemos el riesgo de una persona, con historial delictivo o no, de cometer nuevos delitos. En esta transición histórica el concepto de peligrosidad, como atributo disposicional inmodificable es ligado a los trastornos mentales, se sustituyó por el “estado peligroso”, que es comprendido por la variabilidad de todos los atributos asociados a la variabilidad de la estabilidad mental del delincuente, los cambios provocados por el paso del tiempo, etc.

Serrano Gómez (1974) establece que *“el estado peligroso es una situación en la que por los actores de disposición y de ambiente, en mutua compenetración el individuo*

constituye potencialmente un ser con probabilidades de delinquir, o, al menos, de turbar en el orden social establecido por el derecho.”

La peligrosidad se extendió al marco jurídico de las leyes penales, también se prodigó en el campo sanitario “ desde hace más de 25 años, la peligrosidad ha llegado a formar parte de la nomenclatura de la Salud Mental debido a que las instituciones legislativas la utilizaron como un criterio para la hospitalización de los enfermos mentales” (Monahan y Steadman, 1983).

Por la gran cercanía entre la justicia y lo sanitario en el problema de la violencia, la peligrosidad ha ocupado un lugar privilegiado en esta doble relación profesional. La valoración de la peligrosidad siempre ha sido un “arcano” entre profesionales de la psiquiatría o la psicología que trabajan en contextos criminológicos.

Existen creencias de que la “peligrosidad”, es la causa de la conducta violenta y que ha mantenido entre los profesionales una cierta quimera según la cual, si se “acertaba” en la identificación de este atributo, se garantizaba la seguridad y la prevención de la reincidencia violenta. En ciertos casos ha sido así, pero en muchos otros casos se han cometido errores y estos son de dos tiempos entre ellos el más grave se llama “*falso negativo*” y es el que se produce cuando se rechaza la presencia de la peligrosidad del sujeto y éste vuelve a cometer un acto violento y el otro tipo de error que se comete es el llamado “*falso positivo*” y consiste en identificar la presencia de la peligrosidad en un sujeto que, sin embargo, no vuelve a comportarse violentamente en el futuro. Este error tiene consecuencias penosas en el individuo y a su vez costos económicos importantes sí, analizando se habla de comportamientos violentos futuros de

delincuentes o enfermos mentales a los que, por la identificación de la presencia de la peligrosidad se mantiene bajo medidas de seguridad o en tratamiento e internado en un Hospital de Salud Mental. Se habla entonces del profesionalismo de cada responsable de la salud mental en esta área, la disponibilidad de técnicas de identificación y de la objetividad con la que se pueda descubrir y medir la peligrosidad de cada individuo. Son factores importantes que justifican el nivel de aciertos obtenidos que, como es propio de la evaluación de atributos psicológicos humanos, nunca se alcanza la completa exactitud. Sin embargo, *“esta conclusión amerita del pensamiento clínico tradicional, es incompleta. La epidemiología y las técnicas actuariales se encargan de demostrar que el nivel de aciertos y de errores en las decisiones dicotómicas depende también de la prevalencia del fenómeno a predecir”* (Quinsey y Harris, 1998)

2.1. Peligrosidad Criminal

La peligrosidad criminal, es un concepto indeterminado difícil de llenar sin caer en cierto grado de inseguridad. Si bien se parte de la comisión del delito cometido, el pronóstico de que en el futuro el sujeto pueda cometer nuevos delitos sólo lo puede hacer Dios (si creemos en él, o nadie sin no lo creemos). Es decir, se puede realizar un pronóstico, pero éste no puede ser de absoluta fiabilidad porque la conducta humana es impredecible (Zúñiga, 2016).

Arroyo (2016), citando a Será Ferri, expone la diferencia entre **peligrosidad social y peligrosidad criminal**, donde la primera será entendida como *“la mayor o menor probabilidad de que un sujeto cometa un delito”*; mientras que

la segunda se refiere a *“la mayor o menor re-adaptabilidad a la vida social de un sujeto que ya delinquiró”*.

Arroyo, citando a Antón Oneca, comenta que en un sentido similar, aunque confundiendo en gran medida los términos peligrosidad social y peligrosidad criminal, habla de “sujetos que no han cometido delito, aunque es de temer que lo cometan”.

Arroyo, citando también a Landecho, define la peligrosidad criminal cómo la posibilidad de que un sujeto cometa un delito o continúe con su “carrera criminal”. Por otra parte, para el autor citado, la peligrosidad social se refiere a la posibilidad de que una persona se convierta en un potencial peligro para la sociedad, es decir, que llegue a una situación de riesgo social o marginalidad no deseable para el resto de la comunidad.

La peligrosidad social dio origen en el siglo pasado a normativas que imponían una serie de consecuencias jurídicas concretas, denominadas habitualmente medidas de seguridad pre-delictuales, a aquellas personas que potencialmente mostraban una tendencia a convertirse en marginados sociales o de los que se sospechaba que pudieran terminar cometiendo conductas antisociales de algún tiempo.

Al hablar de peligrosidad es una variable habitual en las juntas de tratamiento de los equipos multidisciplinarios de Instituciones Penitenciarias para confeccionar un adecuado tratamiento penitenciario, así como para realizar un

pronóstico relativo a la probabilidad de cometer nuevamente un hecho delictivo.

Modernamente, se ha definido peligrosidad como “calidad de peligroso” y, más concretamente, “peligrosidad criminal” a la tendencia de una persona a cometer un delito, evidenciada generalmente por la conducta antisocial. Por tanto, el conjunto de circunstancias o condiciones que derivan en alto riesgo la producción de un daño contra los bienes jurídicamente protegidos sería conocido como un “Estado Peligroso”.

Es de importancia del concepto de peligrosidad en la confección de los programas de tratamiento, tomando en cuenta la valoración de otras cuestiones por encima de la peligrosidad del sujeto, tales como la gravedad del hecho cometido, sus circunstancias familiares, sociales, laborales, etc. Aunque, en definitiva, se tiene en consideración un juicio de probabilidad, nunca de certeza, entendido como una “valoración de riesgo de violencia”.

2.2. Medidas de Seguridad

Derecho Penal de Guatemala (1973), en el art.55 se establece que *“Es la función del estado en relación con la criminalidad no debe circunscribirse a la manera de represión, es decir el castigo, retribución o prevención, sino también debe realizar una función profiláctica a través de la aplicación de las medidas de seguridad, las medidas de seguridad radican en la prevención del delito y pueden aplicarse simultáneamente con la pena o bien independientemente de ella. Son especiales medidas preventivas, privativas o*

limitativas de bienes jurídicos impuestas por los órganos estatales competentes a determinados delincuentes para su readaptación a la vida social, o su separación de esta, o, aún sin aspirar específicamente a los anteriores fines, para la prevención de nuevos delitos”.

El artículo 85 del Código Penal de la República de Guatemala dispone que el Estado es el único facultado para crearlas e imponerlas, únicamente por los medios de jurisdicción con un fin preventivo, se puede usar de defensa social la imposición depende de la peligrosidad del sujeto y no de que sea culpable, el origen es prevenir en defensa de los intereses sociales, estas medidas tienen su aplicación a peligrosos criminales y sociales, entendiéndose aquel que presenta alta probabilidad de volver a delinquir y el social no ha delinquido, pero presenta probabilidades de hacerlo.

Las medidas de seguridad han existido desde tiempos muy remotos, aunque no con el nominativo actual. Disposiciones de dicha naturaleza ya se encontraban en las Leyes de Manú, donde se contaba con una medida de seguridad eliminatoria para el delincuente reincidente. También en las Leyes de Indias fueron destinadas medidas especiales para los vagos, determinando que los mestizos y los españoles tenían que ser sometidos a un oficio para no ser dañinos para la sociedad. También se contemplaron disposiciones especiales en beneficio y protección de los menores, determinando para el efecto que quienes no tuvieran padres se les nombrara un tutor. Pero, no fue hasta la época de la Escuela Clásica, en donde científicamente y técnicamente, el

Estado no contaba en su lucha contra la criminalidad; con el dispositivo de la pena.

El derecho penal clásico se concretó a la consideración de la responsabilidad y de la irresponsabilidad del delincuente, tomando en cuenta en primer lugar la condición o no de la pena como la exclusiva consecuencia del delito; atendiendo a la vez la magnitud o gravedad del daño ocasionado. Se ocupaban del castigo y de la retribución del delito cometido, sin tomar en consideración la prevención del crimen y la rehabilitación del sujeto criminal. La escuela positiva fue la que introdujo al campo del derecho penal la aplicación de las denominadas medidas de seguridad, partiendo del estudio de la personalidad del delincuente. Los positivistas, en las medidas de seguridad vieron el comportamiento necesario de la pena, debiendo a que las mismas buscan impedir la realización de futuros delitos; así como asegurar la prevención especial.

Manzini (1988), señaló que: *“Las medidas de seguridad pueden situarse entre las grandes reformas penales que en la historia han señalado una etapa gloriosa en el camino de la civilización. Hoy se dispone en otros modelos de lucha contra el delito, nuevas armas de combate, el enemigo que tenía el Estado era el delincuente moralmente responsable, en cuanto a los demás aunque realicen actos dañosos para la sociedad y constituyesen un estado latente de perturbación, el Estado nada podía hacer frente a ellos y esto porque la pena tiene que estar en relación con la culpabilidad, cuyo asiento es la*

imputabilidad basada en el libre albedrío; hoy en día la peligrosidad es la nueva fórmula que cubre todo el campo sobre el que puede operar el Estado”.

Ajuchán (2009), citando a Claus Roxin, señala que: *“Las medidas de seguridad consisten en especiales tratamientos impuestos por el Estado a determinados delincuentes encaminados a obtener su adaptación a la vida social, a su segregación de misma”.*

3. Salud Mental En Guatemala

Para Guido (2002), la salud mental en Guatemala es extensa, ya que la historia de los hospitales Carlos Federico Mora y Miguel F. Molina, fue extraída de la recopilación realizada por la Dra. Psiquiatra Irma Pérez Pivaral de Alvarado. Durante el siglo XIX, no existía en Guatemala, ningún lugar donde albergar o tratar a los “locos”, razón por la que, muchos de ellos, vagaban por las calles.

En el año 1819, el rey de España ordenaba que a los “militares dementes” se les ponga en observación en el hospital Militar. En 1878, el Gral. Justo Rufino Barrios Mandó alojar a las mujeres dementes a las celdas ubicadas en la parte sur del ex convento de Santa Catalina, no se les proveía atención médica y escasamente alimentación. El 10 de marzo de 1890, con el apoyo del presidente Gral. Manuel Lisardo Barillas se abrió al público el asilo de dementes en un terreno donado por don Luis Asturias Pavón. En 1973 inicia la terapéutica psiquiátrica propiamente dicho, gracias al director del asilo el Dr. Carlos Federico Mora quien le cambia el nombre a Asilo de Alienados, e inicia la práctica de distintas técnicas que observo durante un viaje a Europa, tales como la convulsivo-terapia.

Por iniciativa del Dr. F. Molina, al Hospital psiquiátrico cambia su nombre por el de Neuropsiquiátrico. En 1956 se inicia la reclasificación de las Enfermedades Mentales, con la orientación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA). El total de pacientes que albergaba era de mil quinientos, en ese mismo año se creó la clínica de salud mental que brindaba tratamiento ambulatorio y diagnóstico para niños y adultos que no necesitaban quedarse hospitalizados, constituyéndose en el primer Centro de Adiestramiento de Psiquiatría de Guatemala.

El 14 de junio de 1960, a las 0:15 a.m. se produce un trágico incendio por causas desconocidas que deja como saldo 250 pacientes fallecidos. Los sobrevivientes fueron trasladados por unos días al Instituto de varones, luego “provisionalmente” por 22 años a un edificio en construcción, situación que llamo la atención de la población del estado de abandono que se encontraban los alienados y se hicieron planes para mejorar la atención. En agosto de 1963 el Ministro de Salud Pública Alfonso Ponce Escriba creó la unidad piloto de rehabilitación mental del neuropsiquiátrico que prestaba atención psiquiátrica intensiva a treinta mujeres. En 1964 el Ministerio de Salud crea dos Instituciones distintas, una central en la ciudad para los casos ambulatorios. El Hospital F. Molina “semirural” en las afueras de la ciudad, para casos crónicos y que requirieran hospitalización. En 1972 se inauguró como Hospital Carlos Federico Mora.

Ambos hospitales sufrieron tragedias tal como el mencionado incendio en el neuropsiquiátrico y el terremoto de 1976, que parcialmente destruyó el Hospital Carlos Federico Mora. En 1973 el General Efraín Ríos Mont argumentando austeridad nacional, emitió un decreto ley de un día para el otro, la unificación de ambos

hospitales cambiando su nombre a Hospital Nacional de Salud Mental, cómo se conoce a la fecha generando una unión no planificada en la forma de abordar, los problemas por parte del personal de ambas instituciones, así se trasladan sin previo aviso ni preparación a los seiscientos de pacientes del neuropsiquiátrico al Federico Mora, que solo tenía capacidad para cien. Luego surgen Hospitales Privados y la primera clínica de psiquiatría en el IGSS, a nivel privado el ejercicio clínico de la psiquiatría está ampliamente difundido y en general prestigiado.

4. Pacientes Privados de libertad internos en Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”

La Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (2012), insta que según el acuerdo Interinstitucional de actuación para la atención integral de personas sometidas a procesos penales con trastornos o retraso mentales y personas con estas condiciones sujetas a medidas de seguridad o internamiento de centros de atención especial, con el fin de que el Estado garantice sus Derechos Humanos. El cumplimiento de la medida específica indicada en el inciso B de la Medida Cautelar MC-370 2012 otorgada por la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos con fecha 20 de noviembre del año 2012 a favor de los pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental.

El objeto del presente acuerdo es promover la utilización de canales de comunicación ágiles entre las instituciones del Estado que las suscriben, generando condiciones para garantizar el respeto a los Derechos Humanos Integrales de personas con trastornos

mentales o déficit cognitivo sometidas a procesos mentales y personas con estas condiciones sujetas a medidas de seguridad o internamiento especial.

El Estado de Guatemala generó el compromiso de establecer y promover los mecanismos y procedimientos que desarrollen y posibiliten aplicar los principios establecidos en la Constitución Política de la República, las convenciones, pactos y protocolos de los que Guatemala es parte, sus leyes orgánicas, leyes especial así como al cumplimiento.

Algunas acciones fueron la construcción del Centro de Detención Especial seguimiento de acompañamiento de la medida cautelar MC-3702012 otorgada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos a favor de los Pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental.

Acciones que se deberá ejecutar el Organismo Judicial, a través de la Cámara Penal se capacitará a los jueces del ramo penal a efecto de que tomen en consideración los siguientes aspectos; en relación con la diligencia de la primera declaración que al ser detenida y puesta a disposición de autoridad judicial competente, si el juez observa que presenta dificultad para declarar podrá suspender la audiencia, y decidir acerca de la realización de forma inmediata y dentro del plazo constitucional de 24 horas para escuchar la primera declaración y resolver la situación jurídica del detenido, se constituya el perito técnico del Instituto Nacional de Ciencias Forenses -INACIF- para ejecutarla evaluación correspondiente quien en el mismo acto presentara su dictamen al Juez. Con Observancia de dicho dictamen el Juez podrá resolver; A cerca de su imputabilidad, pudiendo ordenar su internamiento especial, conforme al Artículo 88 del

código penal. Decreto 17.73 del resolver a cerca de la internación para observación conforme al artículo 77 del Código Procesal Penal. Decreto 51-92 del Congreso de la Republica de Guatemala o internación provisional al Centro de Atención Especial que corresponda, conforme a lo establecido al Artículo 273 de Código Procesal Penal. Decreto 51-92 del Congreso de la República de Guatemala; Acerca de su internación en el Centro de Detención Especial del Sistema Penitenciario.

En Relación con los Centros Especializados de Internamiento al ser notificados del Organismo Judicial de la internación de dos Pabellones del Hospital Nacional de Salud Mental para la atención de personas con trastornos mentales sometidas a proceso penal, comunicara a los Jueces a efecto puedan ordenar el internamiento de estos a dicho Centro.

Al ser notificado el Organismo Judicial sobre la finalización del proyecto de construcción del Centro de Detención Especial para personas con trastornos mentales y sujetas a proceso penal, comunicara a los Jueces sobre la disponibilidad de dicho centro.

Acciones que deberá ejecutar el Ministerio de Gobernación: El Sistema Penitenciario al recibir al privado de libertad con trastorno mental deberán observar y recibir la resolución de Juez competente que ordene su ingreso en el centro de detención especial. Deberán observar las condiciones físicas en que se recibe el privado de libertad con trastorno mental y de ser necesario previo a darle ingreso solicitar que sea trasladado al centro asistencial correspondiente para su examen y atención médica especializada, inmediatamente el privado de libertad deberá ser asignado al centro de

detención especial y se le realiza un diagnóstico para su ubicación atendiendo a su situación jurídica (prisión preventiva o cumplimiento de condena), condición de género, peligrosidad, edad, situación de salud física y el grado de trastorno mental que presenta, en los casos de los privados de libertad con trastornos mentales el Sistema Penitenciario no solo deberá tender a la readaptación social y a la reeducación de las personas privadas de libertad sino también a garantizar su atención médica-psiquiátrica regular en oportuna y gratuita, para la atención de los trastornos mentales que presenta o superación de los mismo para cuyo efecto deberá realizar las coordinaciones necesarias con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio de los centros especializados.

Garantizar la custodia y seguridad de las personas privadas de libertad a la seguridad del personal del Centro de Detención Especial, mantener el Centro de Detención Especial en condiciones idóneas que permitan al privado de libertad preservar su salud física y controlar o mejorar sus trastornos mentales. La Dirección General del Sistema Penitenciario previo a recibir el informe médico-psiquiátrico deberá informar al Juez de Ejecución Penal competente cuando el privado de libertad con trastorno mental haya superado las circunstancias orgánicas o patológicas que le limitaba, sin excluirla la capacidad de comprender o de querer del sujeto solicitando se ordene cumpla su pena en el centro de cumplimiento de condena que corresponda de acuerdo al diagnóstico de ubicación que realice el equipo multidisciplinario del Sistema Penitenciario.

4.1 Ejecución de la pena privativa de libertad orientado hacia la reinserción social

Dorado (2012), explica el término “prisión permanente revisable”, que es un modelo de política criminal que predomina en España, presentando un desarrollo que señala los rasgos característicos del modelo de política actual, basado en un sistema político-criminal finlandés, basado en un sistema social de bienestar, que tiene como finalidad mostrar que una política criminal solidaria y humana permite, reducir el recurso de la pena de prisión, favoreciendo la reducción de la población penitenciaria y en el caso de el internamiento dentro de las instalaciones de un centro especializado de atención a pacientes por trastornos mentales que estos se deterioren más con el tiempo y su funcionalidad se vea afectada. Esto sin que ello tenga como consecuencia necesaria un incremento de la criminalidad.

Con relación al modelo de este autor, los rasgos característicos de este modelo en síntesis los siguiente:

En primer lugar, el sentir de la opinión pública, la demanda popular, pasa de ser un elemento e primer orden para la toma de decisiones legislativas, los políticos muestran una clara disposición para reaccionar frente a los problemas sociales tipificándolos cómo nuevos delitos o agravando los ya existentes, lo que como resultado muestra un problema de delincuencia, donde ve la solución en un incremento de las penas y en una política de “mano dura”, olvidando tener en cuenta los diversos factores sociales y personales donde

intervienen en este fenómeno, donde es obligación actuar. Prácticamente se aborda el problema a partir de los síntomas sin atender a las causas.

En segundo lugar, las garantías penales, los principios constitucionales del Derecho Penal, normalmente se tienden a ver como privilegio para el delincuente y no como una garantía para todos frente a posibles excesos de poderes públicos, la sociedad no se siente concernidos por posibles excesos en la intervención punitiva, ya que las decisiones en el campo represivo son decisiones que afectan a “terceros” en este caso hablamos de los privados de libertad. (Dorado, 2012).

Ucelay (2015), ilustra que la opción del recurso penitenciario no responde generalmente a una elevada peligrosidad del enfermo, sino simplemente a la inexistencia de recursos sanitarios alternativos. El cual propone medios suficientes para la prevención, la asistencia domiciliaria, el tratamiento ambulatorio, o el internamiento en centros de salud, así mismo dentro de los riesgos del proceso penal, la enfermedad mental del acusado a menudo pasa desapercibida, ya que no detecta durante el procesos, sino una vez que el condenada está en prisión, la falta de conocimiento de jueces, fiscales y abogados en relación a la enfermedad mental, la escasez de peritajes que se realizan, o simplemente la acumulación de trabajo el cual no da la oportunidad de rehabilitar o trabajar en la reincursión social del sindicado, ya que no se cuenta con el proceso claro del estado del proceso del paciente.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Diseño de la Investigación:

El presente estudio se define como un diseño **Transversal descriptivo** de investigación ya que *“Indagación de la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, sus estudios son puramente descriptivos y se recopilan datos en un momento único.”* (Hernández, Fernández y Baptista, 2014. p. 155). Con un enfoque **Cuantitativo** pues *“Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis en base a la medición numérica y el análisis estadístico con el fin de establecer pautas del comportamiento y probar teorías”* (Hernández, Fernández y Baptista, 2014. p.4).

3.2. Características de la Muestra

Para llevar a cabo esta investigación y dado que la misma se trata de un diseño transversal descriptivo con un enfoque cuantitativo, se ha realizado un **muestreo no probabilístico**, “los sujetos evaluados forman parte de un sistema establecido, relacionada directamente con la característica de la investigación”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Las muestras están conformadas por 20 Hombres adultos en un rango de edad de 20-65 años, privados de libertad internados en El Hospital de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, sindicados por delitos como parricidio, homicidio, asesinato en grado de tentativa, femicidio, abuso de consumo de estupefacientes, abuso sexual,

allanamiento de morada, violencia contra la mujer y portación ilegal de armas. Con trastornos mentales graves y en su mayoría en comorbilidad del abuso de sustancias prohibidas. Fueron seleccionados por grupos, a razón de tres diarios. Los primeros tres pacientes que eran evaluados por el médico tratante también fueron entrevistados y evaluados con los instrumentos.

3.3. Instrumentos

Todas las pruebas e instrumentos se pueden observar en el área de anexos.

- **Árboles de Categorías**

FENOMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
VALORACIÓN DE RIESGO DE COMPORTAMIENTO VIOLENTO EN PACIENTES MASCULINOS PRIVADOS DE LIBERTAD INTERNADOS EN HOSPITAL NACIONAL FEDERICO MORA	Aspectos Históricos	Violencia Previa	En base a cualquier hallazgo encontrado puede ser un predictor de violencia futura.
		Edad del primer Incidente Violento	Esta bien contrastado, el hecho de que entre más joven este la persona mayor es la probabilidad de aparición de conductas violentas en el futuro.
		Relaciones inestables de pareja	El apoyo social podría ser una protección contra los delitos violento, ya que se ha encontrado que hombres violentos en relación de pareja, podrían serlo también en otros ámbitos.
		Problemas relacionados con el empleo	Los problemas del desempleo en el individuo están claramente relacionados con la reincidencia general.
		Problema con consumo de sustancias adictivas	La existencia de un diagnóstico de abuso de sustancias, puede relacionarse con la violencia más que con la existencia de un trastorno mental.
		Trastorno mental grave	El trastorno mental grave, podría ser un factor de riesgo importante para la ocurrencia de actos violentos
		Psicopatía	Es un factor de riesgo importante de violencia futura, contiene dos factores principales que son rasgos afectivos y comportamentales.
		Desajuste Infantil	Desajuste en casa en la escuela o en la comunidad antes de los 17 años de edad.
		Trastornos de Personalidad	Existe relación predictiva, entre el trastorno de personalidad y violencia.
	Aspectos Clínicos	Carencia de introspección	La capacidad de entender y evaluar los propios procesos mentales, reacciones y autoconocimiento, por lo que carecer de la misma podría precipitar conductas hostiles.
		Actitudes Negativas	Manifestaciones de actitudes antisociales
		Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave	En el curso de la exploración se deberá estar atento a los síntomas psicóticos positivos y negativos.
		Impulsividad	Es la inestabilidad conductual y afectiva o emocional que conduce a actos violentos.
	Aspectos de Gestión del Riesgo	Ausencia de planes de futuro viables	Un individuo que haya mostrado la capacidad de aceptar y seguir programas de reinserción o de tratamiento tenderá a reducir el riesgo de violencia futura
		Exposición a factores desestabilizantes	Se refiere a situaciones en que las personas están expuestas a condiciones de peligro, en las que son vulnerables y podrían desencadenar episodios violentos.
		Carencia de apoyo social	Escasas y deficitarias relaciones familiares, precipitan actos violentos.
		Incumplimiento de los tratamientos prescritos	Potencial de violencia parece reducirse cuando el individuo acepta y está conforme con su tratamiento prescrito.
		Alto nivel de estrés experimentado	Implica el intento de prever con que fuentes de estrés el individuo tiende a encontrarse y la manera en que reacciona a ello.

FENOMENO	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
GRADO PELIGROSIDAD EN PACIENTES MASCULINOS PRIVADOS DE LIBERTAD INTERNADOS EN HOSPITAL NACIONAL FEDERICO MORA	Síntomas Interpersonales y Afectivos	SUPERFICIAL	Describe al individuo cuya interacción con los demás es superficial, intentando causar buena impresión, "simulando" emociones.
		SENTIDO DESMENSURADO DE LA AUTOVALÍA	Es aquel individuo con facilidad de palabra manifestándose fanfarrones, magnifica su autovalía y habilidades.
		MENTIRA	Personas que con facilidad mienten, engañan cometen fraudes y otras conductas manipuladoras, para conseguir sus propias metas personales.
		AUSENCIA DE REMORDIMIENTO	Individuos que tienen poca capacidad para sentir culpa
		FALTA DE EMPATÍA	Individuos que establecen pocos vínculos afectivos con otros, con incapacidad de apreciar las consecuencias emocionales positivas o negativas a sus acciones.
		NO ACEPTA LA RESPONSABILIDAD DE LAS PROPIAS ACCIONES	Personas que evitan tener que asumir responsabilidades por sus acciones dañinas, racionalizando su comportamiento y minimizando las consecuencias.
	Síntomas de Desviación Social	IMPULSIVIDAD	Personas que actúan sin tener en consideración las consecuencias de sus acciones.
		POBRE CONTROL DE LA CONDUCTA	Persona que se enfada o se frustra fácilmente, exacerbándose con el consumo de alcohol o de sustancias y cometen abuso verbal y físico.
		FALTA DE METAS REALISTAS	Individuos que no poseen planes realistas a largo plazo, tienden a vivir el día a día sin pensar en un futuro.
		IRRESPONSABILIDAD	Personas que exhiben comportamientos que con frecuencia privan a otros o los colocan en riesgo.
		CONDUCTA ANTISOCIAL DURANTE LA ADOLESCENCIA	Personas que han tenido problemas de conducta grave durante la adolescencia, con frecuencia problemas con la ley, cuando son menores de edad.
		CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA EDAD ADULTA	Personas que han violado las reglas formales y explícitas.

Instrumentos y Herramientas

- **Pruebas Estandarizadas**

- HCR-20: GUIA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS. Creada por: CH. D. Webster, K.S. Douglas, D, Eaves y S, Hart con Adaptación: Ed Hilterman y Antonio Pueyo (2005). Se trata de una guía de predicción del riesgo de comportamientos violentos para su uso en contextos forenses, criminológicos, penitenciarios y psiquiátricos.
- PCL:SV: ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PSICOPATÍA. Creada por: S.D. Hart. D.N. Cox y R.D. Hare. Se trata de una escala para el método de evaluación y diagnóstico de la psicopatología y peligrosidad en contextos forenses, criminológicos, penitenciarios y psiquiátricos.

También se realizó una **entrevista semiestructurada**, la cual fue dirigida a pacientes privados de libertad internados en el hospital de salud mental, para la recolección de información con las preguntas correspondientes de la prueba y la implementación de preguntas adicionales para que de forma libre y asociada pudieran brindar la información extensa de cada ítem. Ésta se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener más información.

Por ética y cumplimiento a las directrices establecidas por la institución, siendo estos aún casos en proceso legal, la información recabada no puede ser compartida, por lo que únicamente se detalló los resultados finales sin exponer cada caso en específico.

Validez y Pilotaje

Se realizó el trabajo de campo, asistiendo al análisis de casos durante aproximadamente quince días, se solicitó la información respectiva de cada paciente en el pabellón No.5 correspondiente a Privados de Libertad del Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, con el médico encargado del área el Doctor Luis Felipe Alvarado y con la colaboración de la Doctora María José Lara médicos psiquiatras, quienes apoyaron y aprobaron dichas evaluaciones; brindando acceso a expedientes clínicos y legales de los pacientes respectivos y finalmente la selección

de pacientes para la realización de las entrevistas y aplicación de las pruebas. Por último, se realizó la revisión y aplicación herramientas.

3.4. Procedimiento de Investigación:

- Identificación de la población
- Diseño de árboles de categorías
- Elección de Pruebas Estandarizadas adecuadas para la aplicación del contexto, junto con entrevistas semiestructuradas. Como requisito para poder aplicar las pruebas en la Institución y realizar la respectiva entrevista, firme un acuerdo de discreción donde no tengo autorizado exponer las entrevistas, ya que son casos en proceso y de igual manera velando que le de buen uso a la información, es por esta razón que no incluyo las entrevistas.
- Elaboración de Cartas de presentación institucional
- Diseño de Consentimiento Informado
- Autorización de la Institución para la aplicación y realización de entrevistas.
- Aplicación de Instrumentos y recopilación de datos
- Análisis e interpretación de las pruebas realizadas
- Revisión de la problemática para dicha investigación a describir, determinación de objetivos y determinación de temas a abordar en el marco conceptual.

- Interpretación de Resultados
- Conclusiones y recomendaciones

3.5. Diseño y Metodología del Análisis de la Información Recabada

Para la realización del análisis correspondiente a la información recabada se realizó una estructura en el que se definió las categorías según lo que correspondía a cada indicador a evaluar por medio de los ítems que requieren los instrumentos.

Se realizó un vaciado de información obtenida de las entrevistas y se ponderó por medio de la valoración correspondiente de cada prueba, siendo esta una escala Likert “*Conjunto de ítems que presenta en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres categorías*” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014. p. 238).

Por último, se ingresó la información por individuo y se identificó aquellos que eran más recurrentes y menos recurrentes, entre todos los evaluados por medio de un análisis estadístico correspondiente a la investigación con enfoque cuantitativo por su tipo de evaluación.

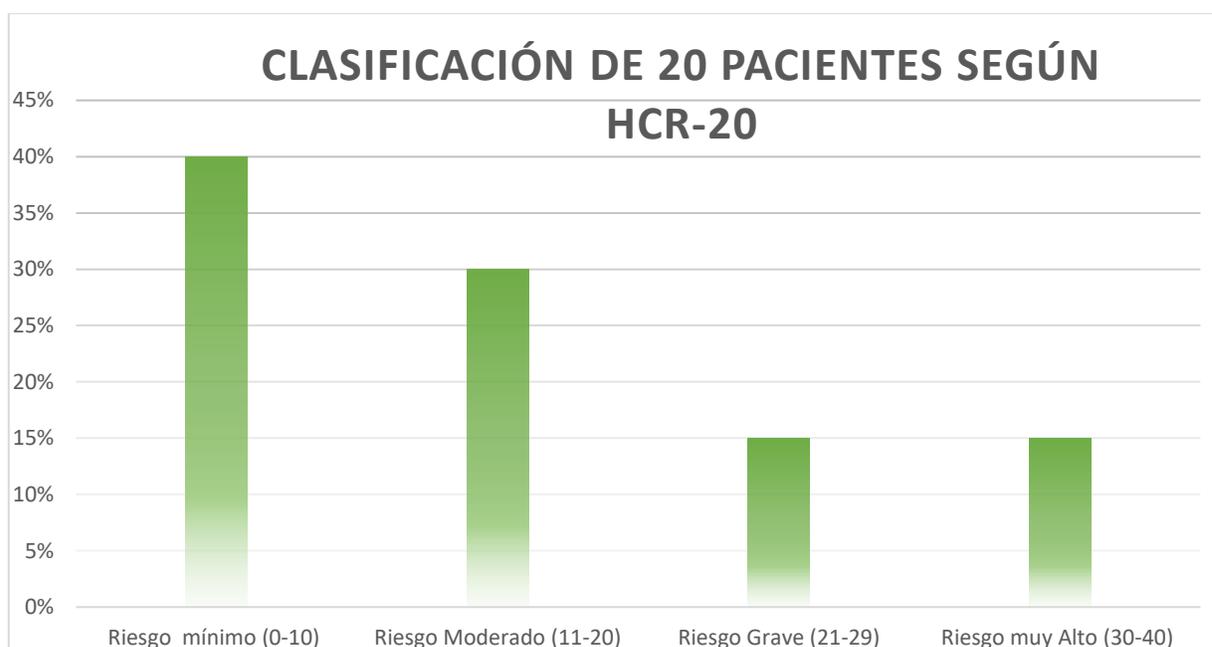
Finalmente se analizaron los resultados y se establecieron puntos específicos de cada categoría para establecer la prevalencia de la variable a evaluar de cada prueba.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

PRUEBA HCR-20

Gráfica No. 1



Fuente: Elaboración propia con información de la presente investigación.

Tabla No. 1

Clasificación de 20 pacientes según HCR-20	Riesgo mínimo (0-10)	Riesgo Moderado (11-20)	Riesgo Grave (21-29)	Riesgo muy Alto (30-40)
	40%	30%	15%	15%

Fuente: Elaboración propia con información de la presente investigación.

Se determina que la valoración de riesgo de comportamientos violentos en la muestra utilizada maneja un 40% de riesgo mínimo, un 30% de riesgo moderado, un 15% de riesgo grave y un 15% de riesgo muy alto. Estos datos permitirán tomar las precauciones necesarias para afrontar los riesgos.

Los resultados de la prueba HCR-20 diagnóstico ítems según árbol de categorías sobresalientes frecuentes de la mitad a mayor de los resultados de los pacientes, 4 ítems históricos:

Violencia previa, Riesgo mínimo: 3 de 8 pacientes, Riesgo moderado: 1 de 6 pacientes, Riesgo grave: 3 de 3 pacientes, Riesgo muy alto: 3 de 3 pacientes, total: 10 pacientes.

Problema con el consumo de sustancias adictivas, Riesgo mínimo: 1 de 8 pacientes, Riesgo moderado: 5 de 6 pacientes, Riesgo grave: 1 de 3 pacientes, Riesgo muy alto: 3 de 3 pacientes, total: 10 pacientes.

Trastorno mental grave, Riesgo mínimo: 4 de 8 pacientes, Riesgo moderado: 5 de 6 pacientes, Riesgo grave: 3 de 3 pacientes, Riesgo muy alto: 3 de 3 pacientes, total: 15 pacientes.

Trastorno de personalidad, Riesgo mínimo: 2 de 8 pacientes, Riesgo moderado: 3 de 6 pacientes, Riesgo grave: 2 de 3 pacientes, Riesgo muy alto: 3 de 3 pacientes, total 10 pacientes.

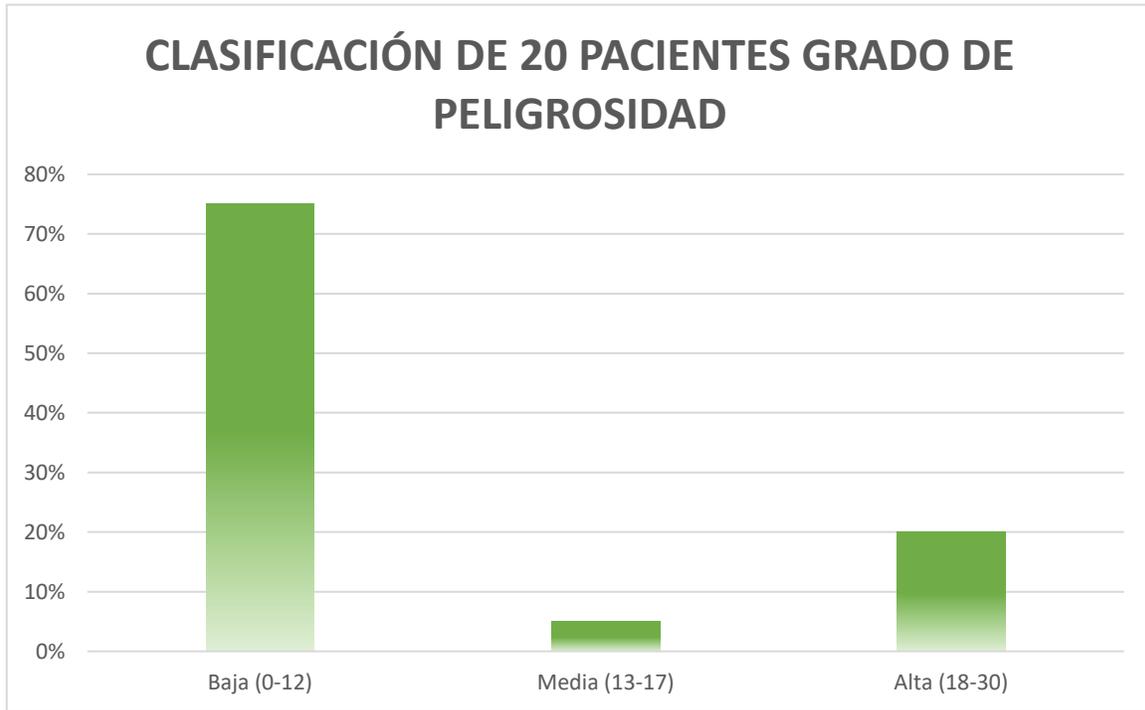
- **Ítems clínicos:**

Carencia de introspección, Riesgo mínimo: 2 de 8 pacientes, Riesgo moderado: 4 de 6 pacientes, Riesgo grave: 3 de 3 pacientes, Riesgo muy alto: 3 de 3 pacientes, total 12 pacientes.

Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave, Riesgo mínimo: 5 de 8 pacientes, Riesgo moderado: 3 de 6 pacientes, Riesgo grave: 3 de 3 pacientes, Riesgo muy alto: 3 de 3 pacientes, total 14 pacientes y 0 ítems de gestión de riesgos.

PRUEBA PCL-SV

Gráfica No. 2



Fuente: Elaboración propia con información de la presente investigación.

Tabla No. 2

Clasificación de 20 pacientes grado de	Baja (0-12)	Media(13-17)	Alta (18-30)
	75%	5%	20%

Fuente: Elaboración propia con información de la presente investigación.

Se determina que el grado de peligrosidad de la muestra es de 75% peligrosidad baja, el 5% de peligrosidad media y el 20% peligrosidad alta. Lo que hará posible una clasificación institucional.

Los resultados de la prueba PCL:SV

Diagnostico 4 grupos de resultados de 20 pacientes:

Primer grupo: Pacientes con síntomas interpersonales y afectivos, 4 de 20 pacientes.

Segundo grupo: Pacientes con síntomas de Desviación social, 3 de 20 pacientes,

Tercer grupo: Pacientes con ambos síntomas, 8 de 20 pacientes

Cuarto grupo: pacientes con ningún síntoma, 5 de 20 pacientes.

Análisis de resultados

La comparativa de los resultados obtenidos de ambas pruebas arrojan cómo resultado:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	PRUEBA HCR-20	PRUEBA PCL-SV
Aspectos Históricos	Violencia Previa		
	Edad del primer Incidente Violento		
	Relaciones inestables de pareja		
	Problemas relacionados con el empleo		
	Problema con consumo de sustancias adictivas		
	Trastorno mental grave		
	Psicopatía		
	Desajuste infantil		
	Trastornos de Personalidad		
	Carencia de introspección		
Aspectos Clínicos	Actitudes Negativas		
	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave		
	Impulsividad		
		40% Riesgo mínimo	75 % Peligrosidad baja
		30% Riesgo moderado	5% Peligrosidad media
		30% Riesgo grave y muy grave	20% peligrosidad Alta

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Síntomas Interpersonales y Afectivos	SUPERFICIAL
	SENTIDO DESMENSURADO DE LA AUTOVALÍA MENTIRA
	AUSENCIA DE REMORDIMIENTO
	FALTA DE EMPATÍA
	NO ACEPTA LA RESPONSABILIDAD DE LAS PROPIAS ACCIONES
Síntomas de Desviación Social	IMPULSIVIDAD
	POBRE CONTROL DE LA CONDUCTA
	FALTA DE METAS REALISTAS
	IRRESPONSABILIDAD
	CONDUCTA ANTISOCIAL DURANTE LA ADOLESCENCIA
	CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA EDAD ADULTA

Tabla No.3

Estos indicadores muestran la proyección del estudio tomando en cuenta las categorías de ambas evaluaciones y los resultados, siendo valoradas y estandarizadas. En la comparativa de los resultados obtenidos del muestreo de la población de estudio divididos en tres resultados por cada evaluación:

- Los indicadores de Riesgo mínimo de la prueba de valoración de comportamientos violentos demuestran en la población evaluada un resultado elevado igualándolo en relación con el resultado elevado de grado de peligrosidad bajo.
- Los indicadores de Riesgo moderado de la prueba de valoración de comportamientos violentos demuestran en la población evaluada un resultado

medio igualándolo en relación con el resultado que en su nivel fue medio en cantidad del porcentaje de grado de peligrosidad.

- Los indicadores de Riesgo grave y muy grave de la prueba de valoración de comportamientos violentos demuestran en la población evaluada un resultado mínimo igualando nuevamente en relación con el resultado del grado de peligrosidad siendo este su porcentaje bajo en el grado Alto.

A partir de la presentación de resultados apegados a los indicadores dentro del análisis en el que se encuentra cada categoría, en el área de privados de libertad en el Hospital Nacional de Salud mental “Dr. Federico Mora”, se exponen la problemática que es exponencial para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se encuentran establecidos en tres aspectos destacados:

- **Aspectos de gestión de riesgo:**

Sugiere normalmente un plan de tratamiento y proporciona indicadores acerca de qué servicios y apoyos deben estar disponibles para el individuo si se quiere mantener el riesgo de violencia dentro de unos márgenes aceptables. Dentro de estos aspectos se valoran los siguientes ítems:

- Ausencia de Planes a futuro, carencia de apoyo social, incumplimiento de tratamientos prescritos, exposición a factores desestabilizantes y Alto nivel de estrés experimentado.

- **Aspectos Clínicos:**

Estos aspectos se valoran en las exploraciones obtenidas, por ejemplo, durante reconocimientos generales de pacientes externos, de modo que el nivel de riesgo puede modificarse si es necesario y en consonancia con la situación. Los constructos clínicos actúan como moderadores de los efectos de los factores históricos. Dentro de estos aspectos se valoran los siguientes ítems:

- **Carencia de introspección:** Es la capacidad de comprender razonablemente y de evaluar los propios procesos mentales, reacciones y autoconocimiento. En otras palabras, habla de la determinación del conocimiento que el paciente tiene acerca de si sufre o no un trastorno mental y si conoce la posible violencia potencial derivada de su situación. En este ítem se valora la relevancia que tiene para el sujeto la “autopercepción” de sí mismo como una persona “peligrosa”, irritable o “sin control”. Por ejemplo, un acto violento podría precipitarse porque la persona atribuye hostilidad a las conductas o intenciones de los demás aun cuando tal hostilidad no sea evidente.
- **Actitudes Negativas:** En este contexto de valoración el profesional de la salud mental debe estar atento a manifestaciones exageradas de ciertos estados actitudinales que podrían estar relacionados con la violencia. Es importante determinar en qué medida las actitudes predominantes del individuo son antisociales. Se deben valorar las actitudes que muestren

al sujeto hacia otras personas, hacia las instituciones, servicios sociales, hacia la ley y las autoridades. En este ítem es importante valorar los factores históricos, pero hay que estar atento a las actitudes presentes de la persona respecto a aquel tipo de acto cometido del pasado.

- Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave: Se debe estar atento a los síntomas psicóticos positivos y negativos, por ejemplo, la alteración del contenido y forma del pensamiento, afectividad inapropiada, alteraciones perceptivas, alucinaciones, delirios y similares. Los síntomas psicóticos que invalidan y anulan el sentido propio de autocontrol, como aquellos que amenazan el sentido propio de seguridad o bienestar, están fuertemente relacionados con la violencia. Está comprobado que los pacientes que poseen delirios bien elaborados son más propensos a cometer delitos violentos contra personas, que aquellos con trastorno psicótico no especificado crónico. (Hilterman, 2005)
- Impulsividad: Se describe como la inestabilidad conductual y afectiva o emocional. Los actos de las personas que son emocional y conductualmente estables son más fáciles de predecir que aquellas personas que son inestables. La inestabilidad emocional es el rasgo principal para el diagnóstico de trastorno de personalidad Límite (bordelinde). La impulsividad se ha demostrado su estrecha relación con

la violencia, el estilo de vida impulsivo distingue los delincuentes reincidentes de los no reincidentes.

- **Aspectos Históricos:**

Los datos históricos son fundamentales en las valoraciones del riesgo de violencia, las predicciones basadas en un número pequeño de variables biográficas son tan precisas, o quizás más que aquellas predicciones basadas en muchas variables, por lo que se puede afirmar en referencia a las predicciones en el contexto forense. Es importante mencionar que el diagnóstico de trastorno mental, diagnóstico de trastorno de personalidad en realidad son consecuencia de las evaluaciones clínicas.

Al hablar del término “histórico”, deshace la estabilidad temporal de las valoraciones, quiere decir que tienden a ser estáticos en condiciones normales.

Dentro de estos aspectos es importante valorar lo siguiente:

- Edad del primer incidente, relaciones inestables de pareja, problemas relacionados con el empleo, problemas con consumo de sustancias adictivas, trastorno mental grave, psicopatía, desajuste infantil y trastorno de personalidad.

Por lo que, tanto las gráficas como las tablas reflejan que la mayoría de los pacientes poseen un manejo relativamente bajo o moderado. Los diagnósticos generales demuestran que un 20% de la población encuestada poseen síntomas interpersonales y afectivos. El 15% de la muestra presenta síntomas de desviación social. Un 40% de

los participantes poseen ambos síntomas, siendo éste el grupo más grande y posiblemente más alarmante. Mientras que sólo el 25% de la población no presentan ningún síntoma en absoluto, colocándolos como la población menos riesgosa para la sociedad. Al analizar los datos de manera histórica y clínica, se puede demostrar nuevamente que los entrevistados aun no cuentan con el debido manejo de sus facultades mentales para lograr ser ciudadanos 100% funcionales ante los criterios de la sociedad o de la ley.

Al delimitar el objetivo de las entrevistas realizadas, se detectó dentro de la población evaluada la historia previa de conductas violentas y con alta probabilidad de padecer un trastorno mental o de la personalidad. Con relación al resultado, en su mayoría poseen síntomas interpersonales y afectivos, quiere decir que los evaluados refirieron los siguientes aspectos:

Las relaciones inestables de pareja, por ejemplo, el sujeto Número 1 refirió haber tenido problemas con su conyugue, y en repetidas ocasiones violentó en contra de ella física y sexualmente. Así mismo, el sujeto número 10 refirió que tenía “conflicto con tener una determinada pareja” ya que mencionó que tuvo tres matrimonios “fallidos”. En esta evaluación se destaca la asociación entre no haberse casado y ser violento. Los hombres que son violentos en sus relaciones de pareja son potencialmente propensos a serlo también fuera del ámbito de sus relaciones de pareja. El matrimonio puede asociarse con otros tipos de capacidad de expresarse socialmente de manera adecuada.

En cuanto a la evaluación de privación social se evaluaron diversos aspectos enfocados en sus antecedentes históricos, por ejemplo, en la evaluación del sujeto número 3. Sindicado por el delito de parricidio, con un diagnóstico de Estado Emotivo de Tipo Violento, en el que narra cómo fueron sus antecedentes de vida, la evolución de la conducta desde antes de los 15 años, donde se valoró la frecuencia de absentismo escolar, refirió que a menudo inició peleas físicas, crueldad animal, destrucción deliberada de la propiedad de otros, mentiras frecuentes. Seguido se valoró la exposición social en la adultez, la cual hablaba de la incapacidad para mantener la conducta laborar consistente, fracasos para adaptarse a las normas sociales, fracaso repetido en el cumplimiento de las obligaciones económicas, fallos para planificar y seguidos actos impulsivos y por último nunca pudo mantener relaciones sentimentales monógamas, por lo que también se explica los síntomas comórbidos con los aspectos valorados anteriormente.

La conducta antisocial durante la adolescencia de los sujetos evaluados, en relación con la conducta antisocial en la edad adulta, se describe a los sujetos en un factor común, ya que en seguidas ocasiones han violado frecuentemente las reglas formales y explícitas. En su mayoría poseen problemas legales y sus conductas son variadas, frecuentes y persistentes.

Por motivos de confidencialidad, y por respeto a las normas de la institución y hacia las personas involucradas en este proyecto, no se profundizará más sobre el tema. Pero con fines de esta investigación, la indagación descrita con anterioridad brinda la información necesaria que valida los resultados de las pruebas aplicadas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

1. Se evaluó la valoración de riesgo de comportamientos violentos y grado de peligrosidad en pacientes masculinos, privados de su libertad e internados en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, arrojando como resultado que la mayoría de los sujetos de estudio no representan un riesgo de comportamiento violento, así mismo, la mayoría representan una baja peligrosidad, por lo que los objetivos se cumplen de manera exitosa.
2. Los puntos obtenidos con la aplicación del PCL-SV se caracterizaron por ser bajas, por lo cual, comparativamente con la población carcelaria, la prevalencia de los rasgos psicopáticos es muy baja en los pacientes encuestados, ya que la población estudiada cuenta con un perfil caracterizado por diversos factores que los hace vulnerables por sus dimensiones sociales y psicológicas. Por mencionar algunos factores se encuentran la falta de vínculos personales, las carencias socioambientales, la constante exposición a factores desestabilizadores en el medio social.
3. Respecto a las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados para el desarrollo satisfactorio de este proyecto, los resultados sostienen la fiabilidad del HCR-20 y la validez concurrente de la escala PCL-SV.
4. Por otro lado, se pudo concluir que en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora” no cuenta con los parámetros necesarios para establecer la

permanencia de los reclusos dentro de la institución y en repetidas ocasiones se ha señalado que el seguimiento por internamiento rara vez se realiza. Por lo que es importante establecer que si es posible concientizar al Sistema Legal y a las personas involucradas en el proceso penal del sindicado, sobre el riesgo de conducta violenta y el grado de peligrosidad de cada individuo.

5. También, se considera que es posible instruir sobre los riesgos y consecuencias sobre la permanencia prolongada, creando así la idea que la asistencia sea únicamente ambulatoria y puedan agilizar los procesos de resolución según sea el estado mental de cada paciente y valorando la reinserción social luego de ser asistido y satisfactoriamente rehabilitado.
6. Como resultado de esta investigación, se puede estimar e incitar a que futuras generaciones puedan ampliar y mejorar los conocimientos y la protección de los individuos que se encuentran bajo la tutela de los sistemas de Salud Mental del país. Habiendo puesto a prueba las propiedades psicométricas de cada uno de los instrumentos dentro de un contexto puramente psiquiátrico forense, tanto la validez como la confiabilidad pueden ser revisadas en otros contextos, como por ejemplo, las poblaciones carcelarias.
7. En conclusión, al aportar conocimientos sobre los factores de riesgo de violencia y los grados de peligrosidad en pacientes privados de libertad del Hospital Nacional “Dr. Federico Mora”, siendo estos temas importantes para la prevención y el tratamiento de esta población, se espera contribuir para guiar las acciones pertinentes para la gestión de diagnósticos más acertados para

futuros pacientes, como para los individuos que ya se encuentran bajo procesos legales, brindando así, opciones preventivas menos restrictivas, más eficaces, que mejoren la calidad de vida y optimicen el ejercicio de los derechos humanos. A raíz de esto surge la idea de un protocolo que abarque todas estas necesidades.

RECOMENDACIONES

Para la institución.

1. Crear un protocolo que guíe la ruta de atención durante el proceso penal para agilizarlo y brindarle el apoyo legal a la población de hombres privados de libertad internos en el hospital “Dr. Federico Mora”, durante su proceso, siendo la ruta indicada, la asistencia ambulatoria en dicho hospital. De esta manera, el índice de probabilidad de que los pacientes sindicados puedan delinquir o comportarse de manera violenta dentro de esta institución disminuya.
2. Construir un área especial consistente en un centro de atención para pacientes privados de libertad con padecimientos mentales durante el proceso penal. Esto permitirá tener mayor control de esta población, adaptándola a las necesidades de cada uno.

Para futuros profesionales.

3. Implementar las pruebas anteriormente aplicadas, dentro de las rutas de atención en el momento en el que se internen a los pacientes sindicados, ya que se debe tener en cuenta que son pruebas basadas en estándares establecidos, que permitirán tener la actualización en cuanto a los rasgos específicos que caracterizan a cada individuo, permitiendo tener la información actualizada de cada uno.

Para futuros investigadores.

4. Investigar a profundidad el tema de peligrosidad y violencia de los pacientes privados de libertad. Con esto se busca dejar de lado el tema tabú y así concientizar a futuras generaciones sobre la importancia de conocer estos parámetros para el desarrollo de un proceso penal adecuado, como para poseer nuevas rutas de tratamiento clínico efectivas para minimizar las consecuencias sobre este tema.

CAPÍTULO VI

Análisis de Involucrados

El proyecto tendrá cómo actor principal a la población con enfermedades mentales sometidas a la ley penal y el sector Judicial que lo conforman Jueces de los órganos encargados según sean sus jurisdicciones. Debido a la inexistencia de un área específica para pacientes privados de libertad con problemas mentales en Guatemala, surge la necesidad de crear una guía conforme al estado psíquico de las personas al cometer los delitos por lo que están siendo juzgados, esto para brindarles una herramienta al momento de tomar las decisiones legales que sean apegadas a los Derechos Humanos, si bien es cierto se cuenta con la legislación, la cual ha sido la guía para la toma de decisiones absolutorias, es necesario tener cómo herramienta una guía apegada al enfoque específico de la salud mental, esto para disminuir la incidencia de casos violentos durante el proceso, el cual normalmente en su mayoría son situados logísticamente en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, el cual pierde el sentido de asistencia psiquiátrica y psicológica, ya que este es tratado cómo un centro preventivo más, siendo custodiados por el Sistema Penitenciario, la asistencia médica diaria por dos doctores de la Salud mental y la asistencia de dos enfermeros de turno las veinticuatro horas, en cual su estadía se ve prolongada en espera de su proceso legal o bien en algunos casos dan su sentencia e internamiento indefinido dentro de este nosocomio, siendo un tema en contra de los Derechos Humanos, ya qué cómo bien menciono anteriormente es un centro de asistencia y no un centro preventivo donde legalmente puedan cumplir el tiempo de condena, si es que así lo dicta su respectivo juzgador.

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS
<p>Pacientes hombres con enfermedades mentales privados de libertad internados en Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.</p>	<p>Apoyo por parte del psicólogo desde el inicio del proceso penal.</p> <p>Protección a los Derechos Humanos.</p> <p>Derecho de los pacientes a recibir tratamiento.</p> <p>Desarrollo de protecciones procedimentales sólidas.</p> <p>Derecho a ser participe de</p>	<p>Permanencia indefinida dentro del Hospital Nacional “Dr. Federico Mora”, en espera de su resolución penal.</p> <p>Violaciones, abusos, vejámenes, muertes dentro del Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.</p>	<p>La Interrelación entre legislación de salud mental y políticas de salud mental.</p> <p>Principales instrumentos internacionales y nacionales de Derechos Humanos referidos a los derechos de las personas con trastornos mentales.</p>

	<p>actividades laborales para su crecimiento personal.</p> <p>La integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad.</p>		
<p>Jueces de los órganos encargados del proceso legal de esta población</p>	<p>Reducir la reincidencia del delito, por parte de los sindicatos, dentro del proceso y durante su estadía dentro de las Instalaciones de Privados de Libertad del Hospital Nacional</p>	<p>No existe una guía para Jueces cómo herramienta para establecer decisiones sin prolongar su proceso, ya que son una población vulnerable.</p>	<p>Política para la creación de un Instituto Nacional de Seguimiento y apoyo a personas en proceso legal con problemas mentales en Guatemala.</p>

	<p>de Salud Mental “Dr. Federico Mora”. Velar por el cumplimiento de las medidas cautelares, de los sindicatos. Solicitar los peritajes correspondientes para poder demostrar las causas atenuantes o bien eximir la responsabilidad y establecer asistencia ambulatoria, ingreso hospitalario o</p>	<p>Falta de conocimiento de los juzgadores, acerca de la función específica del Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, internando a los sindicatos y ordenando el cumplimiento de condena dentro del nosocomio, siendo esto una violación a los Derechos Humanos. Sindicados sin padecimiento</p>	
--	--	---	--

	<p>derivación a una institución psiquiátrica penitenciaria, cómo lo es en este caso El Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.</p>	<p>mental significativo el cual se le interna sin ninguna necesidad dentro del nosocomio, donde se encuentra expuesto a medicamento innecesario y representa un riesgo de comportamientos violentos dentro del mismo nosocomio.</p> <p>Juzgadores en el momento de emitir su juicio, no se ciñen por lo</p>	
--	---	---	--

		que dice el Informe psicológico o psiquiátrico forense.	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia con información de la presente investigación.

En el anterior árbol se proyectó la problemática del riesgo del aumento de reincidencias de delitos en pacientes hombres privados de libertad internados en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”. Esta problemática parte desde las causas, las cuales están divididas en aspectos de gestión de riesgo, aspectos clínicos y aspectos históricos, las cuales traen consecuencias significativas dentro de estos factores que desencadenan conflictos con la resolución legal, y se evidencia que el riesgo de los sindicados hombres, llega a ser un riesgo de comportamientos violentos los cuales podrían ser un peligro dentro de las instalaciones del nosocomio, incluso llega a violentar contra la vida de los demás sindicados y empleados de la Institución.

Análisis Contextual y Diagnóstico

Según un Informe de Monitoreo al Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, realizado por la Procuraduría de los Derechos Humanos, se reporta que constantemente se encuentran pacientes en condiciones de egreso y que no deberían estar ingresados. Pero ante la falta de familiares que se hagan cargo de ellos, muchos de los ingresados han sido abandonados, no les dan permiso para salir, a pesar de estar “curados” o estables. (Vera, 2018)

Las personas que se encuentran recluidas en el pabellón de Psiquiatría Forense son individuos inimputables que padecen una enfermedad mental y que han cometido un delito, por lo que se encuentran privados de su libertad por medidas de seguridad. Al o poder ser enjuiciadas, son enviadas a este lugar, que es como un búnker en medio del Hospital, separado del resto de pabellones por un gran muro de piedra y una verja que rodea todo el perímetro.

La problemática de nuestro país Guatemala, es que el propósito fundamental no se cumple, ya que el deber de la legislación de la salud mental es el de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los ciudadanos. Es innegable el hecho que toda sociedad necesita leyes para que sus objetivos se cumplan a cabalidad. La legislación de la salud mental no es diferente de cualquier otra legislación.

En principio, estos pacientes deberían estar en un presidio para pacientes psiquiátricos, si bien el Gobierno de Guatemala aún no ha implementado este tipo de institución, a pesar de que en el 2013 se acordó que el Ministerio de Gobernación construiría un centro de detención especializado para personas con enfermedades mentales que se encuentran privadas de libertad.

Las personas con trastornos mentales pueden ser, significativamente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos, la legislación debe proteger a esta población y esto incluye a las personas que se encuentren en un proceso penal o bien ya sean sentenciados. Sin embargo, la existencia de leyes que protejan directamente a esta población no representa garantías por sí mismas al respeto y a la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. La sociedad en general consideraba a este tipo de pacientes “peligrosos”, y se veían en la necesidad de aislarlos. Más que el promover los derechos de esta población y considerarlos como ciudadanos.

Vera describe que el doctor Baten, subdirector del hospital, dice que si se demuestra que los privados de libertad son personas inimputables por su enfermedad mental, su situación “se complica”, ya que si alguien comete un delito, responde ante la ley, pero

este tipo de pacientes no pueden enfrentar un proceso judicial, por lo que podrían permanecer privados de libertad “sine die”, para siempre.

En el momento en que una persona comete un hecho delictivo grave, en caso de que sea detenido y juzgado, normalmente es privado de su libertad proporcional al daño, tipo y características del hecho cometido, sin embargo el código penal establece una serie de atenuantes que son las reducciones del grado de responsabilidad y normalmente de la pena y eximentes que hablan de la ausencia de responsabilidad lo cuales son aplicables en el momento que la persona comete un delito y se pueda demostrar que tiene algún tipo de trastorno o enfermedad mental que influya, explique y justifique su conducta delictiva.

Es aquí donde el sistema se ha visto procesalmente débil ya que depende de estas circunstancias, se reduce la pena en el caso de poder demostrar una causa atenuante y eximirle de su responsabilidad y así recibir asistencia ambulatoria, ingreso hospitalario o derivación a una institución psiquiátrica penitenciaria, cómo es el caso de El Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, para así considerar que su psicopatología le afecta en un grado como para haber cometido el delito.

Para la directora Rodríguez, de Disability Rights International, esto demuestra la ineficiencia del sistema judicial de Guatemala para proteger a las personas detenidas “indefinidamente” en el psiquiátrico, que nunca fueron enjuiciadas. A lo que ella cuestiona e indica que es una violación de sus derechos a tomar decisiones sobre su vida, conocido por la Comisión sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU, que establece claramente que detener a una persona con base a su

discapacidad constituye una detención arbitraria. Debate que el estado tiene la obligación de crear apoyos para que estas personas tengan un lugar donde puedan vivir. (Vera, 2018).

Árbol de objetivos



La disminución de reincidencias de delitos en pacientes hombre privados de libertad internados en el hospital “Dr. Federico Mora” se logrará por medio del trabajo de 3 aspectos claves:

5. Aspectos de gestión de reducción de riesgo. Este se espera lograr por medio de la proyección de un plan de vida para los reclusos, también se busca que cuenten con un apoyo social, y que cumplan con los tratamientos prescritos como parte. También, se busca que los pacientes cuenten con un plan de acción que los prevenga del enfrentamiento a factores
6. Aspectos clínicos. Buscan cubrir la capacidad de introspección, promover las actitudes positivas, y disminuir los síntomas de los trastornos mentales graves mientras se les enseña a actuar serenamente en su alrededor.
7. Antecedentes históricos tratados. Este apartado tiene como finalidad brindarles atención psicoterapéutica a los privados de libertad y programas de reinserción a la sociedad. A su vez, el modelamiento de conducta ayudará a los pacientes a no depender de sustancias ilícitas que puedan afectar su juicio y raciocinio.

Como resultado se busca que la institución cuente un ambiente libre de violencia física y psicológica. También, que los casos penales encuentren una pronta resolución legal para poder optar a asistencia ambulatoria y, finalmente, que con los aspectos anteriormente mencionados, esta población disminuya el riesgo de incidencia del comportamiento violento o peligroso que han estigmatizado a lo largo del tiempo.

Análisis de Opciones

Las opciones que se describen a continuación son producto de los objetivos que se esperan alcanzar, y persiguen una búsqueda de apoyo profesional psicológica a los sindicados de algún delito con enfermedades mentales que se encuentren en proceso penal internados en Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora, siendo estas las siguientes opciones:

Opción 1	Opción 2
Construcción de un Hospital Penitenciario especializado en la atención de pacientes en proceso penal vulnerable por su condición mental.	Creación de un protocolo, que muestre la ruta de atención durante el proceso penal para agilizarlo y brindarle a la persona sindicada que es vulnerable por su condición mental, siendo la ruta indicada la asistencia ambulatoria en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.

Alternativas de solución

A continuación, se establece la viabilidad de estas, considerando criterios como recursos materiales, humanos, tiempo estimado para el logro de objetivos, riesgos, probabilidades para el logro de estos.

Alternativas	Opción 1	Opción 2
Recursos Materiales	Disposición de infraestructura por parte del Ministerio de Gobernación, equipado para el apoyo médico psiquiátrico y psicológico.	Material didáctico y de impresión
Recursos Humanos	Contratación de Personal	Contratación de asesorías para la elaboración del protocolo.
Tiempo estimado para el logro de los objetivos	2 años	7 meses
Riesgos	La carencia de disponibilidad económica para realizar la inversión de infraestructura, mobiliario, equipo,	Falta de interés por la información.

	personal y material de apoyo.	
Probabilidades para el logro de los objetivos	Baja Los recursos son limitados, no existe un espacio adecuado disponible para la construcción de este.	Media Existe mayor accesibilidad, que cuentan con los recursos económicos y materiales necesarios para la realizarlo.

Luego de analizar las ventajas y desventajas en cada opción, se determina que la opción 2 responde de manera profunda y completa a la problemática que afrontan los pacientes privados de libertad en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”. En el momento en el que el sindicato se enfrenta al proceso penal en diversos delitos, no recibe ningún tipo de apoyo psicológico e informativo, desde el inicio del proceso y al final el mismo si es que esto llega a suceder.

También es preciso determinar este protocolo su función se basa en establecer al momento de cometer un delito que sea detenido y juzgado, conforme a lo que corresponde la pena proporcional al daño, tipo y características del hecho cometido, cómo bien el Código Penal establece una serie de atenuantes que son las reducciones del grado de responsabilidad y normalmente de la pena y eximentes que hablan de la

responsabilidad que son aplicables, se pueda demostrar que tiene precisamente algún tipo de trastorno o enfermedad mental que influya, explique y justifique su conducta delictiva.

El fin de buscar soluciones a los problemas padecidos por los sindicados en el sistema de justicia penal y protegerlos frente a los riesgos de sufrir posibles violaciones a sus derechos humanos, se ven necesarias mejorar el acceso a la justicia y trato justo a esta población vulnerable, y se considera imprescindible adecuar los procedimientos judiciales a sus necesidades, prestando particular atención.

El Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, en la actualidad representa una problemática en la discrepancia de asumir la responsabilidad legal de los pacientes hombres privados de libertad, debido a que este centro hospitalario no se encuentra en la capacidad de brindar la seguridad adecuada, ni la capacidad en cuanto a su infraestructura y logística necesaria para brindarle la atención digna en el parámetro de privación de libertad, así mismo no cuenta con las rutas necesarias para su rehabilitación y su reinserción del paciente privado de libertad.

La elaboración del Protocolo establecerá una guía al sector justicia, el cual podrá observar los índices de valoración de riesgo de comportamientos violentos y así podrá establecer el grado de pena apegado a la ley, considerando la normativa de este protocolo.

Fundamentos Teóricos

El derecho a la salud es un derecho universal que no queda suspendido en modo alguno, y no puede verse limitado ni restringido por el ingreso en un Centro Penitenciario, bien con carácter preventivo o bien para la ejecución de una pena privativa de libertad, por lo que la salud de los internos y su bienestar siempre ha sido un tema de preocupación de la Administración penitenciaria y del Estado, a pesar de que no en todas las épocas se materializará en una buena asistencia sanitaria, pues como escribía García Valdés, en sus Comentarios a la Ley General Penitenciaria, la sanidad en el ámbito penitenciario ha sido tratada de forma deficitaria en todos los países y en todas las épocas, en la que en muchos casos lo único que se pretendía era que los internos no murieran en prisión.

Íñigo y Markez (2011) junto con La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, implementaron en centros penitenciarios del estado español un Programa para la Atención Integral a enfermos mentales en prisión (PAIEM), el programa marcó para la atención integral a enfermos mentales en prisión, ha sido desarrollado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dentro de la Estrategia Global de Actuación en Salud Mental, su protocolo de aplicación está dirigido a todos los internos en prisión que padezcan un Trastorno Mental Grave, es decir, pacientes con trastornos psicóticos y trastornos de personalidad graves, con una evolución de enfermedad superior a dos años y con presencia de disfuncionalidad moderada o grave, actualmente se han constituido los equipos y se encuentra implementado el Programa en más de 60 centros y continúan incorporándose cada día. Se estima que alcanza

aproximadamente al 3% de la población penitenciaria del centro, a sus familiares y a los profesionales.

Sus objetivos fueron detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental, asimismo mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno, optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario.

Como bien lo anota Vargas (1983), la enfermedad mental no es sinónimo de peligrosidad social, pues existen enfermos mentales graves e incluso crónicos que, en ningún momento, tienen tendencia a delinquir ni a hacer daño alguno a los demás ni a sí mismos.

La imposición de una medida de seguridad no surge como una pauta o consecuencia automática de la comprobación de un hecho punible. En la actualidad, los sistemas penales únicamente reaccionan frente a la peligrosidad postdelictual, es decir, ante la probabilidad de delinquir en el futuro por parte de una persona que ya ha cometido un ilícito y que se declaró inimputable.

Díaz (2017), abordó inicialmente el concepto de salud mental visto desde la legislación colombiana. Luego menciona los trastornos mentales de mayor prevalencia en el país describiéndolos en forma breve y señalando la importancia que se le ha dado a este tópico en el contexto nacional, posteriormente explica los diferentes efectos del medio carcelario en la salud mental de los individuos aludiendo a diversas teorías que explican de manera clara la afectación en la salud mental. Plantea un programa de atención

abordando la problemática actual del país, asumen la responsabilidad de reforma del planteamiento del proceso acorde a la situación.

Mora (2007), plantea, un protocolo para que se aborde la atención de la población en cuanto a sus recursos sociales, médicos, de rehabilitación, ocupacionales y residenciales suficientes para sus necesidades, así mismo la consejería de igualdad y Bienestar Social que se financien y desarrollen programas de prevención en barriadas marginales con personas afectadas que se encuentren en situación de alto riesgo predelinquencial. Solicita dentro de este mismo protocolo que la consejería de salud que cumpla con el convenio de colaboración, en materia penitenciaria, entre la junta de Andalucía y la Administración central conforme a la ley de cohesión y calidad del sistema sanitario que establecen la asistencia médica especializada con la atención ambulatoria en los centros penitenciarios y la especial atención de los problemas de salud mental.

Naciones Unidas (2010), plantea el proyecto de medidas privativas y no privativas de la libertad en el sistema Penitenciario, como inicio presenta estudios que demuestran que el empleo estable constituye uno de los factores más importantes para prevenir la reincidencia, el trabajo concebido para los reclusos debería tener elementos de formación profesional y ampliar las posibilidades de los delincuentes de encontrar trabajo una vez en libertad, y no ser cualquier tipo de trabajo disponible, por lo que plantea asegurar que el trabajo penitenciario carezca de carácter aflictivo y que el objeto es aumentar la capacidad del recluso para ganarse la vida una vez en libertad no quede subordinado al deseo de lograr beneficios pecuniarios. Por lo que implemente Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, que debería de regirse por el

principio de normalización de la vida carcelaria respetando las siguientes condiciones laborales cuando sea posible, horarios de trabajo normales, respeto de las precauciones prescritas para proteger la seguridad y la salud mental.

World Prison Brief by the International Centre of Prison Studies (2012), este programa habla del Sistema penitenciario Mexicano que se encuentra en crisis, enfrentando un conjunto de problemas que le han hecho perder su credibilidad y poner en tela de juicio su utilidad a la sociedad. La sobrepoblación y hacinamiento cuenta con factores como el autogobierno, la venta de drogas, la corrupción y complicidad de autoridades penales con reclusos, donde los derechos fundamentales se ven violentados. Una de las irregularidades que afecta de manera grave a los internos con discapacidad mental en la mayoría de los centros de reclusión de Mexico son las deficiencias en la prestación del servicio médico, por lo que el programa implemento en dichos establecimientos médicos generales adscritos para satisfacer las necesidades de salud de la población general y los vulnerables en cuestión a salud mental. Ya que en su mayoría carecen de la capacitación necesaria para la atención de personas recluidas con discapacidades mentales. Además proporcionó tratamiento farmacológico, para esta población.

Organización Mundial de la Salud (2006), El Manual de Recursos OMS sobre la Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación es útil para muchas personas, organizaciones y organismos gubernamentales, más específicamente, está dirigido a aquellas personas directamente involucradas en la redacción o modificación de legislación relacionada con la salud mental, cómo también aquellos responsables de llevar a cabo el proceso de adopción e implementación de la ley. El Manual recibirá

mayores frutos cuando se trabaje con él en equipo, y se lo emplee para discutir y debatir las cuestiones que en él se encuentran planteados y su específica relevancia en el contexto cultural de cada país entre ellos se encuentran personas interesadas, con intereses y metas variadas, que pueden beneficiarse de su uso, entre ellas se encuentran; políticos y parlamentarios, diseñadores de políticas públicas, economía y finanzas, educación, trabajo, seguridad, policía y servicios correccionales, profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales) y organizaciones profesionales, miembros de las familias de las personas con trastornos mentales, usuarios grupos de usuarios, organizaciones de apoyo y defensa, organizaciones académicas; proveedores de servicios; organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones de derechos humanos, asociaciones tales como grupo de empleadores, asociaciones de bienestar y asociaciones locales o comunitarias y organizaciones que representen minorías y otros grupos vulnerables.

Comisión Interamericana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), la Declaración consagra la protección de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978), Esta Convención también incluye una gama de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y establece un sistema obligatorio de protección y monitoreo del que forman parte a Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999), los objetos de esta Convención son los de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades mentales o físicas, y promover su plena integración en la sociedad. Se trata de la primera convención internacional dedicada específicamente a los Derechos Humanos emitió una Recomendación sobre la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos emitió una Recomendación sobre la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos de las personas con Discapacidad Mental (2001), exhortando a los países de la región a ratificar esa convención.

Comisión Interamericana De Los Derechos Humanos (1991), los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de Atención de la salud Mental, establecieron estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en el campo de la salud mental. Los órganos internacionales de monitoreo y aplicación implementaron los Principios EM como interpretación autorizada de las exigencias de convenciones internacionales tales como el PIDESC. Los principios EM han servido también como marco para el desarrollo de legislación de salud mental en muchos países. Australia, Hungría, México y Portugal, entre otros, se han incorporado estos principios en sus propias leyes domésticas. Establecen estándares sobre el tratamiento y las condiciones de vida en instituciones de salud mental, y crean protecciones contra la detención arbitraria en esas instituciones. Estos principios aplican en general a las personas con trastornos mentales, estén o no

internadas en instituciones psiquiátricas, y a toda persona admitida en una institución psiquiátrica, haya sido o no diagnosticada como portadora de un trastorno mental.

Esta disposición es importante porque muchos países usan las instituciones de salud mental de larga estadía como depósitos de personas que no tienen una historia de trastorno mental, o que actualmente no tienen trastornos mentales, pero que permanecen en la institución debida a la falta de otras instituciones. Estos principios reconocen que toda persona con trastornos mentales tiene derecho a vivir y a trabajar, en la mayor medida posible, en la comunidad. (CIDH, 1991).

Declaración de Caracas, adoptada como resolución por un grupo de legisladores, profesionales de la salud mental, líderes de derechos humanos y activistas a favor de los derechos de las personas con discapacidad reunidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la declaración indica que la confianza exclusiva de la internación en hospitales psiquiátricos como forma de tratamiento aísla a los pacientes de su ambiente natural, y genera mayor discapacidad. La Declaración establece un nexo fundamental entre servicios de Salud mental y derechos humanos, al concluir que los servicios de salud mental anticuados ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes. (OMS, 1990)

Estándares técnicos de la OMS (1996), Desarrollo Diez Principios Básicos sobre Legislación en Atención en Salud mental:

1. Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos mentales.
2. Acceso a atención básica en salud mental

3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
5. Autodeterminación
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
7. Existencia de procedimientos de revisión
8. Mecanismo de revisión periódica automático
9. Cualificación del personal que toma decisiones
10. Respeto de los derechos y de la legalidad

En el convenio europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales, se presume que todas las personas “son mentalmente sensatas mientras no se demuestre lo contrario”. La “enajenación” o “insensatez mental” se define como falta de sensatez mental, lo que, por supuesto, corre el riesgo de la circularidad. (Asamblea General De Las Naciones Unidas, 1950).

El concepto de “enajenación” o insensatez mental” se acerca al concepto de “incapacidad mental”, pero no coincide con él, no existe equivalente clínico necesariamente atribuibles a trastornos mentales. De acuerdo con la Corte Europea de Derechos Humanos, dada la plasticidad del empleo del término, no debe asignársele a una interpretación definitiva (Gostin, 2000).

Los “lugares de seguridad” pueden incluir instituciones de Salud Mental determinados, un lugar privado (por ejemplo, la oficina de un psiquiatra) u otros sitios seguros. La policía no debe tener facultades legales para detener a la persona en una institución penitenciaria o en una celda policial, bajo estas circunstancias. Sin embargo, cuando sea imposible llevar inmediatamente a la persona a un lugar de seguridad, como puede ocurrir en algunos países en desarrollo, la legislación debe estipular un plazo temporal corto dentro del cual la policía puede mantener detenida a la persona que se sospecha padece de un trastorno mental. Una vez que la policía la ha conducido a un lugar de seguridad para su evaluación.

La etapa del juicio penal, una vez que se ha tomado la decisión de iniciar acciones penales, existen dos procedimientos aplicables a las personas con trastornos mentales. El primero tiene como objeto determinar si la persona tiene capacidad para estar en juicio, y el segundo, establecer si la persona puede ser considerada penalmente responsable de sus acciones al momento del hecho delictivo. En algunos casos puede existir una superposición de ambas cuestiones, cuando la persona que sufría de un trastorno mental al momento del hecho se mantiene en esa condición al momento del juicio.

La capacidad para estar en juicio, la mayoría de los países, la ley requiere que una persona esté en condiciones físicas y mentales para enfrentar un juicio. En general, la capacidad mental para estar en juicio se determina de acuerdo con los siguientes criterios:

-Si la persona está en condiciones de comprender la naturaleza y el objeto de estos procedimientos legales.

-Debe entender las posibles consecuencias de los procedimientos

-Comunicarse efectivamente con su asesor legal.

La etapa de determinación de la pena ante el sistema de justicia penal, en algunos países, aunque se haya considerado que una persona con trastorno mentales estaba en condiciones de enfrentar en juicio, que era imputable al momento del hecho, y que era culpable del delito del que se le acusaba, el tribunal aún puede derivarla al sistema de salud mental durante la etapa de determinación de la pena. Esto puede llevarse a cabo a través de sentencias que no ordenen la privación de libertad por ejemplo las sentencias de ejecución condicional y órdenes de tratamiento comunitarios, o a través de sentencias que ordenen la internación en una institución de salud mental. Las órdenes de internación pueden derivar a la persona a una institución abierta, o una institución de mayor seguridad, dependiendo del peligro de la persona represente para la comunidad.

La Sentencia de ejecución condicional y tratamiento comunitario, la legislación debe permitir y alentar el dictado de sentencias que no conlleven la privación de libertad para casos de delitos leves cometidos por personas con trastornos mentales, como alternativa al encarcelamiento en una prisión. En algunos países, los tribunales ya tienen facultades para emitir sentencias de ejecución condicional u órdenes de tratamiento comunitario, que establecen como condición que la persona se someta al tratamiento de los servicios de salud mental. Las órdenes de tratamiento comunitario

permiten que las personas con trastornos mentales vivan en la comunidad mientras se sujeten a ciertas condiciones entre ellas:

- Que residan en un lugar específico

- Que participen en actividades de tratamiento y rehabilitación, que incluyen el asesoramiento psicológico, la educación y el entrenamiento.

- Que permitan a los profesionales de salud mental acceder a sus hogares.

- Que se presenten regularmente ante la autoridad que fiscaliza el cumplimiento de las condiciones.

- Que se sometan a tratamiento psiquiátrico involuntario, cuando esto sea apropiado.

Las Instalaciones penitenciarias e instituciones para personas con enfermedades mentales en conflicto con la ley penal, una de las dificultades para mantener a esta población de personas fuera de prisión es que no existen instituciones adecuadas para alojar personas consideradas “criminales y peligrosas”. Como resultado, no sólo se fuerza a las personas con trastornos mentales a permanecer en prisión, sino que también se los priva allí del tratamiento necesario. Es necesario entonces incorporar disposiciones legislativas sobre instituciones de salud mental de seguridad. Los criterios legislativos deben identificar el nivel de seguridad que requieren los pacientes, y este nivel debe ser revisado regularmente. Además, ningún paciente debería permanecer en un hospital bajo un nivel de seguridad mayor que el necesario.

En la legislación guatemalteca la Ley del Sistema Penitenciario en el Artículo 14 regula lo concerniente a la asistencia médica de la siguiente manera:

Artículo 14. Asistencia médica. Las personas reclusas tienen derecho a la atención médica regular en forma oportuna y gratuita. Para el efecto los centros de detención preventiva y de condena deben contar con servicios permanentes en medicina general, odontología, psicología y psiquiatría, con su respectivo equipo. En caso de gravedad o cuando las personas reclusas lo soliciten tienen derecho a ser asistidas por médicos particulares o a recibir atención en instituciones públicas y/o privadas a su costa, previo dictamen del favorable del médico forense y del Ministerio Público y con autorización del juez respectivo, salvo casos de extrema urgencia en los cuales saldrán con autorización del director del centro quien debe notificar inmediatamente al juez competente. Para el tratamiento de personas reclusas que sufran de enfermedades infecciosas o contagiosas, se contará con un área especial con el fin de contribuir a su tratamiento y proteger la salud de las demás personas del centro penitenciario de conformidad con el diagnóstico del médico.

Cuando el autor de un delito es declarado inimputable por padecer una enfermedad mental, un desarrollo psíquico incompleto o un retardado o padecer trastorno mental transitorio que afecten su capacidad de comprender el carácter ilícito de sus acciones, la legislación penal guatemalteca regula que se debe ordenar su internación en un establecimiento psiquiátrico, para resguardar su seguridad y la seguridad de los demás miembros de la comunidad, en este caso y como comúnmente se realiza, en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.

Laylle (2007) determinó cómo es que lamentablemente el Hospital Nacional de Salud Mental se encuentra en una problemática consistente en que una vez los pacientes recuperados y los informes enviados al juez, la medida de seguridad no se revoca, ni

se modifica y los pacientes ya recuperados deben permanecer internos en el Hospital, convirtiéndose esta situación perjudicial para la persona que sufre la medida, pues una vez recuperada la persona debe cumplir su condena en el centro penitenciario establecido y no en un establecimiento psiquiátrico, es perjudicial también para el resto de pacientes internos y personal del Hospital que se encuentran expuestos a la agresión de sujetos antisociales.

La reclusión innecesaria de personas sujetas a medida de seguridad en el Hospital Nacional de Salud Mental genera graves riesgos para el resto de la población dentro del Hospital ya que los pacientes internos se ven obligados a convivir con personas que manifiestan conductas antisociales, trasgresores de las normas jurídicas, que manifiestan agresividad y se conducen de manera violenta, representando esta situación una amenaza para los pacientes y el personal que labora en dicha Institución.

El problema de la permanencia de pacientes sujetos a medidas de seguridad dentro del Hospital Nacional de Salud Mental es que tiene consecuencias tanto legales, como financieras y de seguridad.

En Guatemala se señala el plazo que la medida de seguridad debe ser revisada en un periodo de seis meses para evaluar si es necesario la revocación, modificación o que la medida continúe, sin embargo en otros países centroamericanos no se señala este plazo o como el caso de Costa Rica lo extiende al periodo de dos años. Es uniforme el criterio de que esta medida de seguridad se debe aplicar en centro especializados para tratar a personas con enfermedades mentales, sin embargo lo idóneo sería que en los centros penitenciarios existieran secciones especiales para dar tratamiento a

estas personas dentro del mismo centro de cumplimiento de condena y no convertir los hospitales psiquiátricos nacionales en lugares de cumplimiento de penas de manera indeterminada.

En conclusión, la legislación de salud mental puede y debe brindar un marco para el tratamiento y el apoyo de las personas con trastornos mentales, antes que para su castigo. Tal marco debe permitir que las personas con trastornos mentales sean transferidas del sistema de justicia penal al sistema de salud mental en cualquier etapa. Al establecer protecciones para las personas con trastornos mentales en el sistema de justicia penal, y al limitar su encarcelamiento a circunstancias excepcionales, la legislación puede ayudar a proteger la seguridad pública y, al mismo tiempo, promover el trato humano a las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley penal, permitiéndoles recibir atención adecuada y rehabilitación.

Matriz del Marco Lógico

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS
<p style="text-align: center;">FIN</p> <p>Disminución del Riesgo de comportamientos violentos en pacientes hombres privados de libertad internados en El Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”</p>

RESUMEN NARRATIVO DE LOS OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES (IVO)	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Propósito: Reducir el Riesgo de comportamientos violentos en pacientes hombres privados de libertad internados en El Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.</p>	<p>Comprobar la reducción de riesgo de comportamiento s violentos en un 15% en los pacientes privados de libertad que se encuentran recluidos en El Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”, en su mayoría, se encuentran en espera de su resolución, haciendo prolongada su estadía.</p>	<p>Aplicación de 30 pruebas estandarizadas para la medición de la reducción del riesgo de comportamientos violentos y personalidad de la población de pacientes privados de libertad.</p>	<p>La estadía del paciente privado de libertad en dicho nosocomio se prolonga durante un largo período, debido al tiempo que se toman las medidas administrativas en la resolución de su caso.</p>
<p>Aspectos de reducción de riesgo, proyección de plan de vida, apoyo social,</p>	<p>Realizar pruebas psicométricas</p>	<p>Verificación de resultados de las</p>	<p>Carencia de introspección, actitudes</p>

cumplimiento de tratamientos prescritos, prevención del enfrentamiento a factores desestabilizantes y disminución del estrés.	para evidenciar los problemas psiquiátricos o psicológicos y brindar otros instrumentos para dotar al interno con las herramientas necesarias para poder subsistir al momento de su liberación.	30 pruebas administradas.	negativas, consumo de sustancias adictivas, impulsividad y resistencia al tratamiento prescrito.
Creación de un protocolo para determinar tiempos de atención intensiva a pacientes privados de libertad.	Auxiliar para determinar el tiempo de estadía del paciente privado de libertad en el Hospital Nacional de Salud Mental "Dr. Federico Mora".	Check list de las funciones cognitivas, de personalidad y otros datos relevantes para la creación satisfactoria del protocolo.	Desinterés por el uso de la herramienta propuesta.
ACTIVIDADES 1. Reunión para la presentación del protocolo, interinstitucionalmen	Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Gobernación y	Programación de agenda para citar a ambas	Desinterés Institucional

te con los objetivos y presupuesto que se necesitan para su implementación.	autoridades involucradas.	identidades del Estado.	Inasistencia a reuniones.
2. Presentar un protocolo aprobado por parte de las instituciones involucradas. Firma de acuerdo Interinstitucional para la realización de este.	Director del Sistema Penitenciario, Ministro de Salud Pública, director del Hospital Nacional de Salud Mental "Dr. Federico Mora".	Firma del acuerdo interinstitucional, a través de los protocolos administrativos pertinentes.	No se firmó.
3. Homologar el proceso de atención, mejorando la eficiencia y toma oportuna de decisiones.	Reunión con profesionales de la salud mental.	Minuta de reuniones para establecer rutas.	No se realizó reunión.
4. Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según su nivel de atención.	Reunión para la asignación de responsabilidad correspondientes.	Oficio para asignación de responsabilidades.	No se realizó oficio.

5. Fortalecer la toma de decisiones del personal de salud según su responsabilidad en el proceso.	Reunión para unificar criterios.	Minuta de reuniones para establecer rutas.	No se realizó oficio.
6. Promover el respeto, los derechos humanos e integridad.	Reunión con profesionales de la salud.	Código de ética	No se realizó código de ética.
7. Sistematizar y simplificar el registro de información para el Protocolo.	Reunión con profesionales de la salud.	Minuta de reuniones para establecer rutas.	No se realizó minuta.
8. Generar indicadores para la evolución del protocolo con base en estándares objetivos.	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.	Minuta de reuniones, para establecer diseño de rutas.	No se realizó reunión.
9. Diseño y planificación de la estructura del Protocolo.	Representante Profesional de la Salud, Representante del Ministerio de Gobernación y del sector Justicia.	Acta de reuniones. definiendo rutas establecidas.	No se realizó acta.

<p>10. Alcance y objetivos que se refiera al propósito general del Protocolo.</p>	<p>Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.</p>	<p>Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.</p>	<p>No se realizó acta.</p>
<p>11. Participación de las instituciones implicadas, grado en el que él Protocolo representa los puntos de vista al sector que está destinado.</p>	<p>Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.</p>	<p>Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.</p>	<p>No se realizó acta.</p>
<p>12. Rigor en la elaboración, hacer referencia al proceso a utilizar para reunir y unificar la información para el Protocolo.</p>	<p>Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.</p>	<p>Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.</p>	<p>No se realizó acta.</p>
<p>13. Independencia editorial, se refiere a recomendaciones y reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte</p>	<p>Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.</p>	<p>Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.</p>	<p>No se realizó acta.</p>

de del grupo de desarrollo del protocolo.			
14. Claridad y presentación, diseño del formato y lenguaje del Protocolo.	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia	Acta de reuniones definiendo rutas establecidas	No se realizó acta.
15. Aplicabilidad del Protocolo en aspectos organizativos y de comportamiento y costos.	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.	Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.	No se realizó acta.
16. Un presupuesto aprobado sostenible.	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.	Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.	No se realizó acta.
17. Gestión Administrativa, desarrollo del proceso de permisos correspondientes y	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.	Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.	No se realizó acta.

coordinaciones requeridas.			
18. Autorización, con las licencias y autorización correspondientes se avanza con la elaboración del Protocolo.	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.	Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.	No se realizó acta.
19. Designación, integrantes en la participación de la elaboración final del protocolo.	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.	Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.	No se realizó acta.
20. Incorporación, finalmente con base en el diseño del protocolo, el grupo ejecutor, debe proceder al análisis de resultados y la incorporación de cambio que se indican.	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante de Gobernación y sector Justicia.	Acta de reuniones definiendo rutas establecidas.	No se realizó acta.
21. Ejecución, establecer el grupo encargado de la presentación y	Representante Profesional de la Salud Mental y Representante	Acta de reuniones	No se realizó acta.

presupuesto del Protocolo.	de Gobernación y sector Justicia	definiendo rutas establecidas.	
22. Licitación de material para la realización del Protocolo.	Visita de asesores de la Salud Mental para discusión del modelo y rutas que se incluirán dentro del Protocolo.	Primera presentación del Protocolo.	Cancelación de Reunión.
23. Visitas a centros de edición de documentos, para realizar el diseño e impresión del Protocolo.	Solicitud de proformas de los diferentes establecimientos y proveedores.	Envío de diversas cotizaciones para la elección de conveniencia.	No fueron aprobadas.
24. Contratación de la asesoría profesional para la edición del Protocolo.	Psicólogos, psiquiatras, abogados y trabajadores sociales.	Horario de trabajo de lunes a viernes.	No se presentan a trabajar.
25. Elección de la imprenta que realizara la impresión correspondiente del Protocolo.	Edición supervisada por profesionales del área.	Firma de contrato con empresa.	No firmaron contrato.

26. Contratación de personal encargado de la supervisión de las rutas establecidas dentro del Protocolo.	Proceso de reclutamiento a dicho personal	Propuesta de presupuesto para salario de dichos profesionales	No se logró aprobar el presupuesto
27. Aprobación del Presupuesto para la empresa de impresión.	Entrega total del material impreso.	A través de un Pagare firmado se realiza la entrega. Se presenta factura de compra realizada.	Inconveniente con la transacción bancaria realizada, se retrasa el pago.
28. Compra de equipo de cómputo, 5 laptops con su respectiva impresora.	Entrega del capital para compra del equipo de cómputo.	Compra al contado, se presenta factura de la compra efectuada.	Se retrasa la transferencia del capital para la compra.
29. Compra de equipo audiovisual para la proyección y presentación del Protocolo.	Entrega total del capital para el equipo audiovisual.	Compra al contado. Se presenta factura de la compra efectuada.	Se retrasa la transferencia del capital para la compra.
30. Compra de insumos para presentación del Protocolo.	Entrega del capital de compra de insumos.	Compra al contado, se presenta factura de la compra efectuada.	Se retrasa la transferencia del capital para la compra.

<p>31. Creación del perfil del profesional, el cual su función es la supervisión de las rutas de acción del Protocolo.</p>	<p>Elaboración de Perfil del puesto a cargo de un profesional.</p>	<p>Currículum vitae, Grado académico, colegiado activo, requisitos del puesto y funciones del puesto.</p>	<p>Se prolonga el reclutamiento del profesional.</p>
<p>32. Contratación de capacitadores, quienes socializaran personalmente el Protocolo en juzgados e instituciones de la salud Mental.</p>	<p>Elaboración del perfil de las personas capacitadoras.</p>	<p>Currículum Vitae, características del puesto y funciones del puesto.</p>	<p>Se lleva un tiempo prolongado en ubicar dicho personal.</p>
<p>33. Capacitación para los profesionales seleccionados.</p>	<p>Horarios de capacitación</p>	<p>Brindar herramientas para impartir dichas capacitaciones.</p>	<p>Inasistencia por parte de los profesionales seleccionados.</p>
<p>34. Asignación de áreas dentro de alguna de las instituciones participes.</p>	<p>Determinación del tiempo de uso de dichas áreas.</p>	<p>Programación de reuniones.</p>	<p>No se encuentran las áreas habilitadas.</p>

35. Impresión de identificaciones personales (gafetes)	Implementación de correlativo para identificación del personal	Elaboración de fotografía e impresión de gafetes	No asisten los colaboradores
36. Socialización del Protocolo a representantes de las instituciones.	Reunión privada.	Agendada la fecha de reunión.	No asisten a reunión.
37. Aprobación de primera socialización editada del Protocolo a juzgados penales.	Reunión con representantes de las Instituciones responsables.	Se agenda fecha de reunión.	No asisten a reunión.
38. Evento Nacional para la socialización general a Instituciones interesadas para el uso del protocolo, ya aprobada.	Invitados, Ministro de Gobernación, Ministro de Salud Pública, Procuraduría de los Derechos Humanos, Procuraduría General de la Nación, Organizaciones Unidas de los Derechos	Se agenda fecha de evento y logística necesaria.	No asisten a la reunión.

	Humanos, Profesionales e involucrados en el protocolo de utilización de la guía.		
39. Presentación de Informes de seguimiento continuo de los resultados obtenidos por la utilización del Protocolo.	Asesores y personal contratado emite informe de resultados.	Se agenda reunión.	Los resultados demuestran poco interés en el uso del Protocolo.
40. Presentación de Resultados Generales de la utilización del Protocolo.	Representantes de las Instituciones involucradas.	Se agenda reunión.	Los resultados son negativos.

Presupuesto

Se requiere una inversión elevada, para poder llevar a cabo el proyecto, se deberá gestionar el presupuesto en el Congreso de Guatemala para la asignación de Presupuesto para el Ministerio de Gobernación y Ministerio de salud Pública, esto en prospecto de gastos para la elaboración y socialización de la Guía.

Resultado	Rubro	ACTIVIDADES	Costo
		1. Reunión para la presentación del protocolo, interinstitucionalmente con los objetivos y presupuesto que se necesitan para su implementación.	
		2. Aprobación del Protocolo, por parte de las instituciones involucradas. Firma de acuerdo Interinstitucional para la realización de este.	
		3. Homologar el proceso de atención, mejorando la eficiencia y toma oportuna de decisiones.	
		4. Definir la responsabilidad de cada uno de los miembros del personal de salud, según su nivel de atención.	

	1.1	5. Fortalecer la toma de decisiones del personal de salud según su responsabilidad en el proceso.	Q.150,000.00
6. Promover el respeto, derechos humanos e integridad.			
7. Sistematizar y simplificar el registro de información para el Protocolo.			
8. Generar indicadores para la evolución del protocolo con base en estándares objetivos.			
9. Diseño y planificación de la estructura del Protocolo.			
10. Alcance y objetivos que se refiera al propósito general del Protocolo.			
11. Participación de las instituciones implicadas, grado en el que el Protocolo representa los puntos de vista al sector que está destinado.			
12. Rigor en la elaboración, hacer referencia al proceso a utilizar para reunir y unificar la información para el Protocolo.			
13. Independencia editorial, se refiere a recomendaciones y reconocimiento de los posibles conflictos de intereses por parte de			

		del grupo de desarrollo del protocolo.	
		14. Claridad y presentación, diseño del formato y lenguaje del Protocolo.	
		15. Aplicabilidad del Protocolo en aspectos organizativos y de comportamiento y costos.	
		16. Sostenibilidad del presupuesto del Protocolo.	
	1.2	17. Gestión Administrativa, desarrollo del proceso de permisos correspondientes y coordinaciones requeridas.	Q.15,000.00
		18. Autorización, con las licencias y autorización correspondientes se avanza con la elaboración del Protocolo.	
		19. Designación, integrantes en la participación de la elaboración final del protocolo.	
		20. Incorporación, finalmente con base en el diseño del protocolo, el grupo ejecutor, debe proceder al análisis de resultados y la incorporación de cambio que se indican.	

		21. Ejecución, establecer el grupo encargado de la presentación y presupuesto del Protocolo.	
	1.3	22. Licitación de material para la realización del Protocolo.	Q.8,000.00
		23. Visitas a centros de edición de documentos, para realizar el diseño e impresión del Protocolo.	
	1.4	24. Contratación de la asesoría profesional para la edición del Protocolo.	Q.100,000.00
	1.5	25. Elección de la imprenta que realizara la impresión correspondiente del Protocolo.	Q125,000.00
		26. Contratación de personal encargado de la supervisión de las rutas establecidas dentro del Protocolo.	
		27. Aprobación del Presupuesto para la empresa de impresión.	
	1.6	28. Compra de equipo de cómputo, 5 laptops con su respectiva impresora.	Q.85,000.00
		29. Compra de equipo audiovisual para la proyección y presentación del Protocolo.	

	1.7	30. Compra de insumos para presentación del Protocolo.	Q.5,000.00
	1.8	31. Creación del perfil del profesional, el cual su función es la supervisión de las rutas de acción del Protocolo.	Q.75,000.00
		32. Contratación de capacitadores, quienes socializaran personalmente el Protocolo en juzgados e instituciones de la salud Mental.	
		33. Capacitación para los profesionales seleccionados.	
		34. Asignación de áreas dentro de alguna de las instituciones participes.	
	1.9	35. Impresión de identificaciones personales (gafetes)	Q.3,000.00
	1.10	36. Socialización de la Protocolo a representantes de las instituciones.	Q15,000.00
		37. Aprobación de primera socialización editada del Protocolo a juzgados penales.	
		38. Evento Nacional para la socialización general a	

	1.11	Instituciones interesadas para el uso del protocolo, ya aprobada.	Q.80,000.00
	1.12	39. Presentación de Informes de seguimiento continuo de los resultados obtenidos por la utilización del Protocolo.	Q.30,000.00
		40. Presentación de Resultados Generales de la utilización del Protocolo.	
Total			Q.691,000.00

Cronograma

Numero de Actividad	<i>2020</i>													
	<i>Enero</i>		<i>Febrero</i>		<i>Marzo</i>		<i>Abril</i>		<i>Mayo</i>		<i>Junio</i>		<i>Julio</i>	
	<i>SEM 1 y 2</i>	<i>SEM 3 y 4</i>												
1.														
2.														
3.														
4.														
5.														
6.														
7.														
8.														
9.														

10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														
16.														
17.														
18.														
19.														
20.														
21.														
22.														
23.														

Evaluación del Proyecto

Al inicio se definirá el proceso específico de evaluación con la aplicación de instrumentos estandarizados y aprobados, que pretenderán medir la eficacia obtenida en la implantación del protocolo en el sistema de justicia, sistema penitenciario y sistema de salud pública, que precisará indicadores de valoración de riesgo de comportamientos violentos, los cuales representarán una herramienta para establecer parámetros legales objetivos, en la determinación del proceso que va a llevar a cabo el sindicado con padecimiento mental, no privándolo de sus derechos humanos y brindándole la atención que necesaria.

En el proceso se recomienda que la evaluación y actualización del protocolo se realice dos años después de haber sido aplicado, esto beneficiara para reflejar nuevos avances de la evidencia. Se podrá revisar y actualizar en su totalidad.

Al final de que se haya ejecutado este proyecto, la evaluación se debe enfocar en los diferentes componentes planteados en todo el proceso, desarrollo, validación, implantación, actualización en los casos que han sido procesados, ya que este protocolo tendrá como resultado la disminución de comportamientos violentos en los pacientes privados de libertad en el Hospital Nacional de Salud Mental “Dr. Federico Mora”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ajuchán, H.E. (2009). *Análisis de las medidas de seguridad reguladas en el código penal vigente como medio de garantía de la tutela del estado guatemalteco del derecho a la libertad de la víctima*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala.

Arguedas, F. H. (2019). *¿Qué es la psicopatía? Síntomas, causas y como tratar la enfermedad*. La Vanguardia. España.

Arroyo, S. C. (2016). *El concepto de peligrosidad criminal y para que se utiliza*. Unirevista, Rioja.

Asamblea General de Las Naciones Unidas (1950). *Convenio Europeo Para La Protección De Los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales*. Ginebra, Suiza.

Castellano M, Gisbert, J. y Sánchez, A. (2005). *Medicina Legal y Toxicología*. Barcelona: Masson.

Cabello, V. (1981). *Psiquiatría forense en el derecho penal*, Vol. 1. Buenos Aires: Hammurabi.

Código Penal, Congreso de la República de Guatemala, Decreto Número 17-73.

Código Procesal Penal (1991). Guatemala.

Comisión Interamericana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Bogotá, Colombia: Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana.

Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1978). *Pacto de San José*. San José de Costa Rica.

Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (1991). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la salud mental*. Ginebra, Suiza.

Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (2012). *Acuerdo Interinstitucional de Actuación de Personas Sometidas a Procesos Penales con Trastornos Mentales o Retraso Mental y Personas con estas Condiciones Sujetas a Medidas de Seguridad o Internamiento en Centro de Atención Integral*. Guatemala.

Ch. D. Webster, K. D. (2005). *Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos*. Barcelona: Universat de Barcelona.

Derecho Penal de Guatemala (1973). Guatemala.

Díaz, D. C. (2017). *Trastorno Mental en el Contexto Carcelario y Penitenciario*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.

Discapacidad, C. I. (1999). *Discapacidad. Guatemala*, Guatemala.

Dorado, C. J. (2012). *Política criminal, reinserción y prisión permanente revisable*.
Florida.

Esbec Rodríguez, E. (2003). Valoración de la peligrosidad criminal (riesgo violencia)
en Psicopatología Forense. Aproximación conceptual e histórica.
Psicopatología Clínica Legal y Forense. Volumen 3 (No. 2) pp. 45-64.

Galtung, J. (1998). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución*.
Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia. 1era
edición. Santa María, Bilbao.

García Valdés, C. (1995). *Comentarios a la legislación penitenciaria*, Madrid, Civitas,
p. 111.

Garofalo, R. (1885). *La Criminología. Estudio sobre el delito y sobre la teoría de la*
represión. Traducción española de Dorado Montero de la obra original
publicada en Turín. Madrid, España.

Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (2006). *Principios de Criminología*. 3era
edición. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Gostin, L. O. (2000). *A theory and Definition of a Public Health Law*. California,
Estados Unidos: Universidad de Georgetown.

Guido, L. A. (2002). *Historia y Estado Actual de la Psicología en Guatemala*. Revista
Guatemalteca de Psiquiatría.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª. ed.). México D.F., México: McGraw-Hill.
- Hilterman, E. (2005). *Guía para la valoración de riesgos de comportamientos violentos*. Barcelona, España : Universitat de Barcelona.
- Íñigo, C., Markez, I. (2011) . *Guía Atención Primaria de la Salud Mental en Prisión*. España: OMEditorial.
- Jiménez-Bautista, F. (2012). *Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad*. Convergencia Revista de Ciencias Sociales, 14.
- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R.. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 45(3), 130. <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>
- Laylle, L.B. (2007). *Análisis jurídico de la aplicación de medidas de Seguridad en el hospital nacional de salud mental de Guatemala*. (Tesis de licenciatura). Universidad San Carlos de Guatemala, Guatemala.
- Manzini, V. (1988). *Tratado de derecho penal*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Ediar S.A.
- Monahan, J. y Steadman, H.J. (1983). *Crime and mental disorder, an epidemiological approach*. En M. Torny y M. Norris (Eds.) Crime and Justice, 4, 145 – 189.

Mora, I. (2007). *Enfermos Mentales en Las Prisiones Ordinaria: un fracaso para la sociedad de bienestar*. Andalucía, España : APDHA.

Naciones Unidas (2010). *Medidas Privativas y no Privativas de la Libertad, El Sistema Penitenciario*. Nueva York, Estados Unidos de América: UNODC.

Penitenciaria, A. E. (2011). *Guía de Atención Primaria de la salud mental en prision*. Barcelona, España: Omeditorial.

Organización Mundial de la Salud (1990). *Declaración Caracas*. Caracas, Venezuela.

Organización Mundial de la Salud (1996). *Estándares Técnicos del Desarrollo de los Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Recomendación sobre la Promoción y La protección de los Derechos Humanos y de las Personas con Discapacidad Mental*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, Dc: OPS.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre la Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Ginebra, Suiza.

- Pueyo, A. A., & Redondo Illescas, S. (2007). *Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia*. En A. A. Pueyo, & S. Redondo Illescas. Madrid, España: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T. et al. (1998) *Violent Offenders, Appraising and managing risk*.
- Rodríguez, E. E. (2003). *Valoración de la Peligrosidad Criminal (Riesgo Violencia) en Psicología Forense*. Aproximación conceptual e histórica. Madrid: Psicopatología Clínica Legal y Forense. Vol.3 No.2.
- Samayoa, H. O. (2018). *Derecho Penal Guatemalteco Penas y Medidas de Seguridad*. Guatemala: Estudiantil Fénix.
- Serrano Gómez (1974). *Ley de Peligrosidad y la Rehabilitación Social*. ADPCP.
- Ucelay, P. (2015). *Enfermos Mentales en Prisión: Riesgos*. *Jurista de Prisiones*, 5.
- Vargas, E. (1983). *Medicina Legal*. San José: Lehmann.
- Vera, A. (2018, 16 de julio). "A cualquiera que te quieras ahorita, yo te la entrego", dice el subdirector del Federico Mora. *Nómada*. Recuperado de: <https://nomada.gt/identidades/guatemala-urbana/a-cualquiera-que-te-quieras-llevar-ahorita-yo-te-la-entrego-dice-el-subdirector-del-federico-mora/>
- Vicenzo, M. (1988). *Tratado de Derecho Penal*. Buenos Aires, Argentina.

World Prison Brief by the International Centre of Prison Studies (2012). *Los Olvidados de los olvidados: Personas con Discapacidad Psicosocial en El Sistema Penitenciario*. Distrito Federal, México : CDHDF.

Ziffer, P. (2008). *Medidas de seguridad: pronósticos de peligrosidad en derecho penal*. Buenos Aires: Hammurabi.

Zúñiga, L. (2016). *Las Medidas de Seguridad. En Lecciones de Derecho Penal*. Teoría del Delito. Tomo 1. San José: Jurídica Continental.

ANEXOS



Guatemala 26 de Octubre de 2019

Dr.
Oscar Bathen
Subdirector y Coordinador Médico
Hospital de Salud Mental "Dr. Federico Mora"

Doctor Bathen:

Un cordial saludo, por este medio solicitamos la autorización, para que el, la maestranda **Corina Bazzini Zeissig**, estudiante del tercer semestre de la *Maestría en Psicología Forense*, segunda cohorte, de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, pueda administrar y aplicar instrumentos a los pacientes ubicados en el pabellón de Privados de Libertad. Lo anterior es para el desarrollo del proyecto de investigación que lleva por tema **"VALORACIÓN DE RIESGO DE COMPORTAMIENTOS VIOLENTOS Y GRADO DE PELIGROSIDAD EN PACIENTES PRIVADOS DE LIBERTAD EN HOSPITAL DE SALUD MENTAL DR. FEDERICO MORA"**, el cual es requisito de graduación dentro del programa.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Atentamente



Doctor Juan Antonio Alvarez Caal
Coordinador de Maestría en
Psicología Forense
Escuela de Ciencias Psicológicas

MsC. Francisco José Ureta Morales
Catedrático Seminario
Maestría Psicología Forense
Escuela de Ciencias Psicológicas

HOSPITAL DE SALUD MENTAL
SUBDIRECCIÓN Y COORDINACIÓN MÉDICA
RECIBIDO
09-11-19
HORA: 11:50 AM

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE
GUATEMALA
MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

HOSPITAL DE SALUD MENTAL
"DR. FEDERICO MORA"
SUB-DIRECCION Y COORDINACION MÉDICA
TELÉFONO: 22468916

Guatemala, 11 de noviembre de 2019

Oficio No. 277-2019
DR.ODABA/IdL

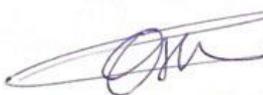
MsC. Francisco José Ureta Morales
Catedrático Seminario
Maestría Psicología Forense

Doctor
Juan Antonio Álvarez Caal
Coordinador de Maestría en Psicología Forense
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Su despacho

Respetables Profesionales:

Con un atento saludo me dirijo a ustedes, para desearles éxitos en sus labores diarias, el motivo de la presente es para dar respuesta al Oficio sin número con fecha 26 de octubre del presente año en donde solicitan autorización para que la estudiante del tercer semestre de la maestría en Psicología Forense **CORINA BAZZINI ZEISSIG** pueda realizar un estudio a los pacientes en el pabellón privados de libertad; por lo que se informa que no existe ningún inconveniente en que realice el estudio propuesto para su tesis de maestría y debe abocarse con los doctores Luis Felipe Alvarado, y María José Lara, Jefes del Pabellón en donde realizará su estudio, quienes ya fueron notificados verbalmente y no tienen objeción. Tomándose en cuenta que deben observarse todos los lineamientos éticos y de consentimiento informado, respeto a los Derechos Humanos y absoluta confidencialidad que debe caracterizar su estudio.

Sin otro particular, me suscribo de usted,



Dr. Oscar Daniel Bathen Andrade
Sub-Director y Coordinador Médico
Hospital de Salud Mental "Dr. Federico Mora"

C.c. Dr. Luis Alvarado/Dra. María José Lara/Jefes Pabellón Privados de Libertad HSM
Archivo



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO, MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA FORENSE

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Presentación de la Investigación La siguiente entrevista ha sido diseñada como parte de una investigación para tesis de maestría, es dirigida a pacientes del Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora, con el propósito de recabar información que permita conocer, analizar y comprender la personalidad del paciente.

Con los resultados que se obtengan de esta investigación se presentará una propuesta a las autoridades para ayudar a la rehabilitación de dichos pacientes.

Procedimiento A continuación se le presentará una guía de preguntas en base a la cual se desarrollará la entrevista, de modo que usted pueda estar familiarizado (a) con los indicadores sobre los que se orientará la misma. Detallando rasgos de su personalidad. En caso de surgir alguna duda respecto a alguna de las preguntas, no dude en requerir su explicación a quien le entrevista. Sus datos de identificación personal (nombres, apellidos y número de identificación personal) no serán revelados. Gracias por acceder a participar en esta investigación, la información que proporcione será de gran utilidad para la misma. **UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO. MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA FORENSE 2**

Declaración de confidencialidad A los ____ días del mes de _____ del año _____. Yo _____, de _____ años de edad, H____ M____, con número de identificación personal _____, quien, para los efectos de esta entrevista, me presento como investigadora y entrevistadora, me comprometo a no revelar los datos de identificación personal (nombre (s), apellidos y número de identificación personal) de quien a continuación se presenta como entrevistado, empleando la información que se me ofrezca, únicamente, para fines investigativos.

Firma de la entrevistadora **Declaración de consentimiento** A los ____ días del mes de _____ del año _____. Yo _____, de _____ años de edad, H____ M____, con número de identificación personal _____, quien me desempeño como _____, expreso que, he leído y comprendido los fines de esta investigación en la cual, voluntariamente, accedo a participar ofreciendo, únicamente, información relativa a mi experiencia personal. Es condición que mis datos de identificación personal (nombre (s), apellidos y número de identificación personal), no sean revelados.

Firma del entrevistado

S.D. Hart, D.N. Cox, & R.D. Hare

Entrevistador: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Nombre: _____

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

1. Superficial

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

2. Sentido grandioso del autovalor

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

3. Tramposo/ manipulador

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

4. Carencia de remordimiento

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

5. Carencia de empatía

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

6. Incapacidad aceptar

responsabilidad

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

7. Impulsividad

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

8. Controles conductuales pobres

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

9. Carencia de metas

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

10. Irresponsabilidad

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

11. Conducta antisocial adolescente

No = 0, Tal vez = 1, Si = 2

12. Conducta antisocial adulto