

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DE LOS REINGRESOS DE  
PACIENTES EN CENTRO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON  
ENFERMEDAD MENTAL EN CONFLICTOS CON LA LEY DURANTE 2017-2019.**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN SOMETIDO A LA CONSIDERACIÓN DEL  
COMITÉ DE LA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA OPTAR  
POR EL GRADO Y TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**SUSTENTANTE  
ROSA LIDIA CHAVES CASTILLO**

**Mayo, 2021**

## AGRADECIMIENTOS

*Dios lo hizo todo hermoso para el momento apropiado  
Eclesiastés 3:11*

A cada uno de mis pacientes en este proceso de especialización, sin ustedes no hubiera sido posible, gracias por darme el honor de permitirme acompañarlos en los momentos de mayor vulnerabilidad y dolor. ¡Gracias, infinitas gracias!

Gracias Dra. Ivannia Chinchilla, Dr. Mariano Solórzano y Dra. Rocío Vindas por ser mis grandes maestros, mi admiración completa por su amor, pasión y excelencia en todo lo que hacen.

Dr. Carlos Sandoval gracias por su acompañamiento y guía en este proyecto de investigación.

A cada uno de mis supervisores Dra. Marcia Aguilar, Dra. Silvia Carrera, Dra. Marcela López, Dr. Juan Carlos Miranda, Dra. María José Quesada, Dra. Nicole Marín, Dra. Maureen Campos, Dra. Paola Echeverri, Dra. Angie Madrigal y Dra. Nelse Francis. Gracias por su entrega y dedicación en mi proceso de aprendizaje, por sacarme muchas veces de mi zona de confort con el único objetivo de formarme como una excelente profesional.

Dra. Rocío Jiménez y Dra. Karen Quesada Retana gracias por la confianza, gracias por creer en mis conocimientos y habilidades aprendidas a lo largo de estos casi tres años.

A María, Josué, Linneth, Mariangel, Pablo, Karina y Denisse por acompañarme y escucharme en este proceso, gracias chicos. Gracias Pame por tu apoyo desde antes de ser compañeras de residencia. A Nella y Nath por ser mi apoyo en muchos momentos.

## DEDICATORIA

*A la mujer más fuerte que conozco en esta vida, quien fue mi seguridad desde el día uno, quien me cuidó y me amó desde lo más profundo de su corazón. A quien admiraré y con quien quedaré en deuda por todo lo que ha hecho por mí y sé que toda la vida no será suficiente para poder retribuirle tanto. A mi Tita, por que sé que estás orgullosa de todo lo que logrado, gracias por tus enseñanzas, por trasmitirme tu fortaleza e independencia, por enseñarme a luchar y amar todo lo que hago.*

*A mi madre por enseñarme su bondad y entrega a los demás sin esperar nada a cambio, a mi padre ejemplo de lucha y trabajo, a mis hermanas cómplices de travesuras y apoyo incondicional. Mis motorcitos de vida David, Luci y Sara.*

*A mis compañeros de vida Erick y Mari por amarme y cuidarme siempre, los amo.*

*Jane y Santi mis ángeles en el cielo, quienes me enseñaron que el amor trasciende. Seres de Luz y Paz que me acompañaran por siempre en mi corazón.*

*A mi suegro Don Roberto y por supuesto a mi hermano de vida, Diego; a ambos por su apoyo incondicional desde siempre.*

Este trabajo final de graduación fue aceptado por la Subcomisión de la Especialidad en Psicología Clínica del Programa de Posgrado en Especialidades Médicas de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista Psicología Clínica.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

PPEM Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

Hoja de calificación de Presentación de Trabajo Final de Graduación Programa de Posgrado de Especialidades Médicas

Fecha de la sesión: \_\_\_\_\_  
 Nombre del estudiante: 10/08/21  
 Título del Trabajo de Investigación: Rosa Lidia Chaves Castillo  
Análisis Constitutivo y Cualitativo de los  
elencos de pacientes en Centro de Atención para personas con Intelectual Mental.  
 Tutor académico: Dr. Carlos Sambor Chaves

Rúbrica de evaluación  
(Calificar en escala de 1-10)

Calidad de la presentación	10
Claridad de la exposición	10
Dominio del tema	10
Claridad de respuestas al público	10
Uso adecuado del tiempo	10
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>

Observaciones: Atento a ciertos y ponerlos para publicar.

Aprobado Sí  No

[Signature]  
 NOMBRE  
 Tutor (a)  
 Carlos Sambor Ch.

[Signature]  
 NOMBRE  
 Lector (a)  
 Mirelana Urelio

[Signature]  
 NOMBRE  
 Director (a)  
 Rosa Lidia Chaves Castillo

[Signature]  
**Sustentante**

## RESUMEN

La investigación se analizan las variables de reingreso de personas en CAPEMCOL, a través de un estudio observacional-descriptivo de análisis de registros y expediente médico físico y digital de 46 de personas que representan la población total con 1 o más reingresos en CAPEMCOL durante el período 2017-2019. Se elaboró un documento de vaciamiento de datos en el que el investigador principal anotaba los datos obtenidos durante la revisión del expediente físico y digital. Posterior a esto se realizó el procesamiento de los datos en el programa Microsoft Excel, y se procedió con el análisis de los mismos en el software estadístico SPSS. Los resultados evidencian que la población con reingresos en CAPEMCOL, el 82.6% pertenece al género masculino, con una edad promedio de 34 años, el 96% es de nacionalidad costarricense, un 89% con estado civil soltero, 74% sin hijos, 39% con domicilio en la provincia de San José, un 37% presentaba un nivel de escolaridad de primaria incompleta y el 50% se encontraba en condición de desempleo. Además, un 65% con antecedentes médicos, 83% psiquiátricos, 67% trauma psicológico, 91% consumo de sustancias, así como un 63% con ingresos previos en el HNP y 55% con antecedentes de conductas delictivas. El 93.5% cuenta con acceso a seguro médico y un 39.1% tiene un diagnóstico previo al reingreso de Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes, un 24% retraso mental y un 16% trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias. El delito cometido que ocasionó el ingreso a CAPEMCOL es el robo y el tipo de medida impuesta fue curativa. El promedio es de 4 reingresos por persona y el principal motivo de este, es permisos de salida como parte del proceso de reinserción social. Por otro lado, el principal motivo de egreso (posterior a su último reingreso) es el cambio de medida al servicio de consulta externa, dicho seguimiento el 34% se lleva a cabo por el HNP. El promedio de tiempo en egreso de un paciente al momento de la presente investigación es de 15 meses. El 56% de la población tiene red de apoyo familiar, sin embargo, en muchos casos se encuentra debilitada o no pueden asumir el cuidado del paciente de forma directa. Por último, el promedio de tiempo transcurrido desde el primer ingreso hasta el último egreso en CAPEMCOL es de 39 meses (3 años aproximadamente).

**Palabras Claves:** Análisis, variables, reingreso.

## ABSTRACT

### **Abstract**

*In this research, the variables of readmission of people in CAPEMCOL are analyzed, through an observational descriptive study of analysis of records and physical and digital medical records of 46 people who represent the total population with 1 or more readmissions in CAPEMCOL during the period 2017-2019. A data emptying document was prepared in which the main researcher noted the data obtained during the review of the physical and digital file. After this, the data was processed in the Microsoft Excel program, and they were analyzed in the SPSS statistical software. The results show that the population with readmissions in CAPEMCOL 82.6% belongs to the male gender, has an average age of 34 years, 96% of Costa Rican nationality, 89% single marital status, 74% without children, 39% residing in the province of San José, 37% has a level of incomplete primary schooling and 50% has unemployment status. In addition, 65% has a medical, 83% psychiatric, 67% psychological trauma and 91% substance use history, 63% as well as previous admissions to the HNP. 93.5% has access to health insurance and 39.1% has a pre-readmission diagnosis of Schizophrenia, Schizotypal Disorder and Delusional Disorder, 24% Mental Retardation, and 16% Substance Use Mental and Behavioral Disorders. The crime committed that caused the entry to CAPEMCOL is theft and the type of measure imposed was curative. The average is 4 re-entries per person and the main reason for this is exit permits as part of the social reintegration process. On the other hand, the main reason for discharge (after the last readmission) is the change of measure to the outpatient service, this follow-up is mostly carried out in the HNP. The average discharge time of a patient at the time of this investigation is 15 months. The 56% of the population has a family support network, however in many cases it is weakened or they cannot take care of the patient directly. Finally, the average time elapsed from the first admission to the last discharge in CAPEMCOL is 39 months (approximately 3 years).*

**Keywords:** Analysis, variables, readmission.

## ÍNDICE GENERAL

<b><i>I. Marco Introductorio</i></b>	<b>3</b>
<b>1.1 Justificación</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Antecedentes</b>	<b>4</b>
1.2.1 Antecedentes Internacionales	4
1.2.2 Antecedentes Nacionales	7
<b><i>II. Marco Conceptual</i></b>	<b>10</b>
<b>2.1 Creación de CAPEMCOL</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Inimputabilidad o Imputabilidad disminuida</b>	<b>16</b>
<b>2.3 Medidas de seguridad</b>	<b>17</b>
2.3.1 Naturaleza de las medidas de seguridad	18
2.3.2 Características de las medidas de seguridad	18
2.3.3 Aplicación de medidas de seguridad	19
<b>2.4 Internación para observación</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Internación por Enfermedad del Condenado</b>	<b>20</b>
<b>2.6 Medidas de seguridad curativas</b>	<b>20</b>
2.6.1 Revisión de medidas de seguridad	20
<b><i>III. Objetivos</i></b>	<b>21</b>
<b>3.1 Objetivo General</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos</b>	<b>21</b>
<b><i>IV. Metodología</i></b>	<b>21</b>
<b>4.1 Tipo de Estudio y Metodología</b>	<b>21</b>
<b>4.2 Muestra</b>	<b>21</b>
<b>4.3 Población</b>	<b>21</b>
4.3.1 Criterios de Inclusión	21
4.3.2 Criterios de Exclusión	22
<b>4.4 Procedimiento</b>	<b>22</b>
<b>4.5 Operacionalización de Variables</b>	<b>22</b>
<b>4.6 Método para el Análisis de Datos</b>	<b>26</b>
<b>4.7 Resultados</b>	<b>26</b>
<b><i>V. Conclusiones</i></b>	<b>59</b>
<b><i>Referencias Bibliográficas</i></b>	<b>64</b>
<b><i>Anexos</i></b>	<b>67</b>

**ÍNDICE DE TABLAS**

<i>Tabla 1</i>	<i>26</i>
<i>Tabla 2</i>	<i>31</i>
<i>Tabla 3</i>	<i>33</i>
<i>Tabla 4</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 5</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 6</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 7</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 8</i>	<i>41</i>
<i>Tabla 9</i>	<i>43</i>
<i>Tabla 10</i>	<i>44</i>
<i>Tabla 11</i>	<i>45</i>
<i>Tabla 12</i>	<i>50</i>
<i>Tabla 13</i>	<i>54</i>
<i>Tabla 14</i>	<i>57</i>



**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<i>Figura 1</i>	27
<i>Figura 2</i>	28
<i>Figura 3</i>	29
<i>Figura 4</i>	30
<i>Figura 5</i>	32
<i>Figura 6</i>	33
<i>Figura 7</i>	34
<i>Figura 8</i>	36
<i>Figura 9</i>	37
<i>Figura 10</i>	38
<i>Figura 11</i>	39
<i>Figura 12</i>	41
<i>Figura 13</i>	42
<i>Figura 14</i>	46
<i>Figura 15</i>	47
<i>Figura 16</i>	48
<i>Figura 17</i>	49
<i>Figura 18</i>	51
<i>Figura 19</i>	52
<i>Figura 20</i>	53
<i>Figura 21</i>	55
<i>Figura 22</i>	56
<i>Figura 23</i>	58

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

**CAPEMCOL:** Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflictos con la Ley.

**CCSS:** Caja Costarricense del Seguro Social

**CE:** Consulta Externa

**IVM:** Invalidez Vejez y Muerte

**HNP:** Hospital Nacional Psiquiátrico.

**MJP:** Ministerio de Justicia y Paz

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza las variables que inciden en el reingreso de pacientes en el Centro de Atención para Personas con Problemas Mentales en Conflictos con la Ley, con el objetivo de establecer un antecedente que respalde futuros estudios y elaboración de planes de intervención que permitan una recuperación y reinserción social satisfactoria y duradera de las personas con problemas mentales en conflicto con la ley.

De acuerdo al Código Penal de Costa Rica “es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea esta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes” (artículo 42). Por lo tanto, las personas con patología mental no pueden ser juzgadas como una persona que presenta su juicio conservado, es ante esta situación donde los jueces de la república recurren a las medidas de internamiento cautelares, mismas con el objetivo de realizar una evaluación mental de la persona y determinar si padece de una patología mental que afectó su juicio al momento de cometer el delito, si en esta evaluación se confirma la existencia de una patología mental en el paciente, el juez recurre a una orden de internamiento como medida curativa.

Ante este panorama es fundamental la búsqueda y trabajo continuo por brindar una atención de excelencia durante el internamiento y el seguimiento posterior del paciente para evitar futuros reingresos en el Centro de Atención para Personas con Enfermedad Mental en Conflictos con la Ley, a causa de alguna o algunas variables que inciden en dichos reingresos, aún cuando los datos no son alarmantes, no se pueden ignorar o desatender.

La consolidación de los Derechos Humanos ha llevado a defender que los pacientes con patología mental que han tenido conflicto con la ley merecen tener una atención especializada, y no sean tratados como delincuentes comunes.

Por lo tanto, el estudio es una investigación tipo observacional – descriptiva, para conocer las variables cualitativas y cuantitativas que presentan los pacientes con reingreso en CAPEMCOL, y analizar su incidencia en el proceso de recuperación y reinserción social de

los pacientes y de esta forma las autoridades competentes pueden contar con un antecedente que les permita identificar las variables que inciden en el reingreso de los pacientes y desarrollar planes de intervención que aborden dichas variables y fortalezcan la atención de los pacientes con enfermedad mental y conflictos con la ley.

## **I. Marco Introductorio**

### **1.1 Justificación**

Actualmente hay una limitación en los estudios disponibles en la población que cuenta con una orden de internamiento, ya sea como medida curativa para las personas que se han sido declarados inimputables por un juez de la república con el objetivo de tratamiento de la patología mental, o medida cautelar, para las personas que han cometido un hecho delictivo y se sospecha que padecen una patología mental que debe ser diagnosticada.

De acuerdo con la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (1991), todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, por parte del sistema de asistencia sanitaria y social, todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana, no habrá discriminación por motivo de enfermedad mental.

Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad.

De acuerdo a lo establecido por la Comisión en el año 1991, toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

La determinación de si una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente, apegadas al cumplimiento de los derechos humanos.

Además, se respetará el derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive y cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.

La Comisión declaró que todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

Los principios resumidos anteriormente son definidos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la misma establece que deben aplicarse y cumplirse en los casos de personas que presentan una patología mental y además tienen conflicto con la ley, tras cometer un delito y por su enfermedad mental su capacidad de juicio se encuentra disminuida.

Por lo tanto, es responsabilidad de las autoridades de salud y judiciales de cada país velar por que estos principios no se violenten y todas las personas sin discriminación alguna tengan acceso a tratamientos y reinserción social que le permita a la persona desenvolverse de forma independiente en su comunidad.

## **1.2 Antecedentes**

### **1.2.1 Antecedentes Internacionales**

De acuerdo a la OMS (2007), la patología dual es común en las personas privadas de libertad, ya que los problemas de dependencia pueden ser secundarios a patología psiquiátrica o viceversa. Dichos pacientes con comorbilidad tienen sensibilidad a la depresión y la ansiedad, además un número sustancial de pacientes tiene un historial de abuso emocional, físico y sexual.

En la mayoría de los entornos de tratamiento los pacientes son tratados insuficientemente, ya sea frente a la dependencia o los problemas psiquiátricos, pero no ambos (p.16).

Respecto a la población femenina la OMS (2007) indica que las investigaciones realizadas son pocas, y hay pocas pruebas existentes de la efectividad del tratamiento que reciben durante su privación de libertad. La población femenina encarcelada es mucho más propensa a haber tenido experiencias traumáticas en la infancia temprana, como el abuso sexual, psicológico y físico temprano.

De acuerdo con Ores, citado por OMS (2007), la población femenina en conflictos con la ley en Inglaterra

- Dos tercios con dependencia a drogas o consumo excesivo de alcohol;
- La mitad ha experimentado violencia doméstica;
- Un tercio ha sufrido algún tipo de abuso sexual; y
- Una de cada diez ha intentado suicidarse antes de ser privada de libertad.

Respecto a los jóvenes, las necesidades en salud mental, educación y empleo de dicha población a menudo no han sido cubiertas. Además, puede haber una falta de evaluación y accesibilidad adecuada a los servicios esenciales para este grupo de población, la cual menudo es difícil de involucrar en los procesos del tratamiento.

Es relevante tomar en cuenta que los costos de la atención en salud mental son significativamente más altos en instalaciones cerradas del sistema judicial, que para los que recibieron atención de salud mental en la comunidad.

Tomando en cuenta que los jóvenes con historia delictiva son más propensos a continuar con conflictos con la ley durante su adultez sin la intervención y cuidado temprano. Por lo tanto, la desviación de los jóvenes vulnerables, es particularmente importante y relevante, tanto moral como económicamente (Barrett, Byford & Chitsabesan, citado por la OMS, 2007, p. 16).

De acuerdo con Talbot citado por la OMS (2007) dentro de los servicios correccionales hay un número importante de personas con problemas de aprendizaje. La investigación reciente muestra que 7% de los privados de libertad tienen un CI de menos de 70 y el otro 25% tiene un coeficiente intelectual inferior a 80; 23% de los privados de libertad menores de edad tienen un CI inferior a 70. Además el 20% de la población penal tiene alguna forma de “discapacidad oculta”, que afecta y minimiza el rendimiento de dicha población en los ámbitos de educación y trabajo.

Este grupo de población, está en riesgo de continuar con su comportamiento delictivo debido a las necesidades esenciales que no son cubiertas y la falta de apoyo y servicios.

Las barreras que enfrenta dicha población después de cumplir con su pena, están relacionadas en las áreas de acceso a vivienda y apoyo emocional. Además la probabilidad de beneficencia de los programas convencionales diseñados para tratar el comportamiento delictivo es reducida y con frecuencia son blanco de otros privados de libertad, durante su reclusión.

Se expone además, que presentan numerosas dificultades para el personal que trabaja con ellos, sobre todo cuando los funcionarios carecen de formación especializada o no están familiarizados con los desafíos de trabajar con este grupo de población.

Estos prisioneros vulnerables enfrentan:

- Un fallo en la identificación de sus necesidades, y la falta de conciencia entre el personal sobre el impacto que tienen estas necesidades.
- La falta de provisión de servicios y soporte apropiados.
- Dificultades de adaptación a la vida en prisión y por alguna falta de comprensión de lo que les está pasando o incluso de por qué están en la cárcel.
- Las dificultades en la comunicación con el personal y otros presos; son vistos como “diferentes” y, como resultado de estar en riesgo de ser intimidados y aislados.

La identificación efectiva de las personas con problemas de aprendizaje se debe hacer en el primer punto después de que hayan entrado en el sistema de justicia penal, a saber, en la estación de policía.

Respecto a la identificación de pacientes con reingreso, Geller (1982) rastrea los orígenes del término “revolving door” y refiere que se empleó por primera vez en 1958, en un libro sobre alcohólicos que entraban en contacto con la policía.

Linares (2002), plantea que desde años anteriores se han empleado diversos términos para designar dicha población, como lo es ingresador múltiple, de puerta giratoria (revolving door), frecuentador de servicios de hospitalización, recidivismo y re hospitalizaciones múltiples. Después en los años 60, tras la publicación de Action for Mental Health, el término se empleó para referirse a aquellos pacientes mentales con antecedentes criminales. En los años 70 pierde estas connotaciones de interacción entre enfermedad mental y sistema legal, generalizándose su uso.

A veces se empleaba indistintamente recidivismo y revolving door, el primero tenía en sus orígenes connotaciones legales, empleándose para hacer alusión a la relación existente entre enfermedad mental y crimen.

Se empleó el término revolving door para inculpar al sistema de la situación del paciente que ingresaba una y otra vez, cuando estaba en la mente de todos que existía un apoyo inadecuado



para estos pacientes, unos sistemas de rehabilitación precarios, unas líneas de política sanitaria y legal contradictorias, etc., mientras que se reservaba el término de recidivismo para indicar que el causante de esta situación era el propio paciente (incumplimiento terapéutico, ambivalencia, carácter cíclico de la enfermedad mental, etc.).

Rosenblatt y Mayer (citados por Geller, 1982) concluyen en su artículo sobre recidivismo que el único factor que se correlaciona con la tendencia de un paciente a volver al hospital es el número de ingresos previos, dando a entender que hay un tipo de paciente que, independientemente de las patologías que sufra, los síntomas y las intervenciones terapéuticas que sobre él se realicen, prefiere instalarse en el estilo revolving door. Lo anterior podría acarrear actitudes regresivas de funcionamiento primitivo, que son mantenidas en un movimiento cíclico a la vez por el paciente y por la sociedad que no es capaz de resolver problemas difíciles de manera más sofisticada.

### **1.2.2 Antecedentes Nacionales**

De acuerdo a un estudio realizado por Gutiérrez (2013) sobre ingresos en el Hospital Nacional Psiquiátrico de personas con causas judiciales durante los años 2009 y 2010, se llegó a las siguientes conclusiones:

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

El 15.3% de los pacientes fue ingresado por Consumo Perjudicial de Drogas, el 3.6% egresaron con diagnóstico de Simulación y el 9.9% de los ingresos corresponden a personas con Déficit Cognitivo.

Las medidas en el 41.4% de los casos fueron solicitadas por familiares, y el 42.4% el victimario era un familiar, coincidiendo lo anterior con que la mayoría ingresaba por irrespetar las medidas de no acercarse a su familia. Solo 2 personas indicaban vivir con su madre, 16 usuarios reportaban a la madre como la persona a la cual agredieron. En el caso de la figura paterna, 13 reportaron su convivencia, 4 tuvieron problemas con su padre.

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

Los pacientes al ingreso tenían 37 años en promedio y 16 años de evolución de su patología. El 57,7% de los ingresados no reportaron ser víctimas de violencia intrafamiliar y el 42.3% fueron víctimas de violencia intrafamiliar.

El 11.7% egresó sin diagnóstico psiquiátrico, pero aquí se recalcan dos variables que se deben tomar en cuenta:

1. El que algunos en realidad no eran portadores de patología mental.
2. Por el poco tiempo que estuvieron internados, era difícil establecer un diagnóstico, ya que algunos tenían internamiento por 24 horas.

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

El 55.9% de los usuarios al momento del incidente no se encontraba con tratamiento.

El 83% son solteros y con una dependencia importante de sus familias, ya que el 55.9% son desempleados y el 83.9% son solteros.

El 33.3 % de los pacientes ingresados por orden judicial, fue por desacato a la autoridad y del total de los ingresos, el 63 % fue ingresado por primera vez.

Un 32% vivía sólo o en las calles.

El 55.9 % de los pacientes estaban desempleados.

De los pacientes ingresados por una medida judicial, el 19% reportó tener como empleo un oficio mal remunerado, sin garantías sociales y ocasionales.

La mayor parte de la población estudiada (46 %) correspondió a la provincia de San José.

En el caso de Guanacaste (14%) y Limón (6%).

Los pacientes en promedio tenían 147 días de internamiento, con un mínimo de 1 día y un máximo de 2555 días.

El 55.9 % de los pacientes no cometieron ningún delito estando en el hospital.

Los delitos más frecuentes fueron: las fugas o intentos de fugas (17 %) y agresión contra el personal (11.7%).

El 33.3% de los usuarios tuvo problemas por irrespeto a la autoridad.

Los usuarios que reportaron uso de drogas, al momento de preguntarles con quien vivían indicaron: con un hermano (14.4%), indigente (15.3%), con el padre (11.7%), de forma independiente (31.4%).

El predominio de los ingresos por orden judicial fue por medidas cautelares de internamiento (78%).

En resumen, el perfil del paciente que ingresó al HNP por una medida judicial es un hombre (83.8%), joven (moda para la edad 24 años, y en promedio 37 años), soltero (73%). El diagnóstico más frecuente es Esquizofrenia (17,12%) y Consumo Perjudicial de Drogas (15,32%), con otras patología médica asociada (43%), el 56% no tenía tratamiento psiquiátrico al momento del ingreso y presentaba 16 años en promedio de evolución de la enfermedad mental.

El 43% vivía con un familiar, y en el 65% de los casos no tenían hijos. La mayoría de las víctimas eran sus familiares (46%), reportaron antecedentes de VIF en el 58%, además el 8% reportó abuso sexual. El 65% eran personas desempleados y de baja escolaridad.

En cuanto a la estancia, la moda fue de 29 días, con un promedio de 147 días. El 32.4% ingresó por desobediencia a la autoridad, y el 55,9% no cometió ningún delito estando internado en el HNP; el 68% utilizaba drogas (principalmente tabaco y alcohol), el 78% ingresó por una medida cautelar y el 63% ingresaba por primera vez (p.160-166).

## II. Marco Conceptual

### 2.1 Creación de CAPEMCOL

Para iniciar con antecedentes de la creación del CAPEMCOL, debemos remitirnos en primer lugar a la creación del Hospital Nacional Psiquiátrico.

El nacimiento del Hospital Nacional Psiquiátrico, data del año 1869, siendo Presidente de la Junta de Caridad, el Licenciado Vicente Herrera Zeledón, el cual observa que tiene seis enfermos mentales en el Hospital San Juan de Dios, y habla de la necesidad de instalar un Hospicio -hospital- destinado exclusivamente para alienados, a fin de rehabilitarlos.

Para esa época regresó al país el Dr. Carlos Durán Cartín quien se encontraba estudiando medicina en Europa. El Dr. Durán Cartín se convertiría en el hombre pilar, impulsador incansable, en la medicina general del país, y en particular en pro de un Hospital Psiquiátrico. La iniciativa formulada por el Licenciado Vicente Herrera Zeledón, de la creación de un centro hospitalario exclusivo para enfermos mentales, es retomada en marzo de 1877, cuando la Junta de Caridad, introduce nuevamente el tema enfermos mentales.

Fue hasta el año 1833, que el Gobierno de la República por medio del Ministro de la Policía, pasó una nota a la Junta, manifestando la necesidad de internar a muchos individuos que deambulaban por las calles con quebrantos de salud mental, y ofrecía para este hecho, el edificio anexo al Hospital San Juan de Dios. La Junta de Caridad, para contribuir a la realidad de esta benéfica obra, a falta de recursos, nombró una comisión compuesta por el Dr. Carlos Durán Cartín y don Francisco Brenes Robles, para tratar el asunto con el Ministro de Policía.

Como resultado de la reunión pocos días después el Poder Legislativo dictó el Acuerdo No. XXXIV de julio de 1833, que daba nacimiento al que había de llamarse Asilo Chapuí.

Por esta Ley, La Nación destina del Tesoro Público cinco mil pesos, para la construcción del Hospital y en el año 1885, el doctor Carlos Durán Cartín, fungía como Presidente de la Junta, a la vez que servía como Ministro de Fomento, lo que permitió idear el proyecto de fundación del establecimiento del Asilo Chapuí, dotando de rentas específicas, como la creación de la Lotería del “Hospicio Nacional de Locos”. (Rodríguez, 1991, p. 8-9)

La creación del Centro de Atención para Personal con Problemas Mentales en Conflictos con la Ley, se da tras el recurso de amparo interpuesto por familiares de pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico, ante la Sala Constitucional, para exigir la separación de usuarios ingresados a este hospital por orden médica de los ingresados por una medida judicial, a lo que la Sala, emitió criterio y ordenó a la CCSS, la separación de estos usuarios.

Para clarificar el punto anterior, se describen algunos párrafos del expediente con que se cuenta en la Sala Constitucional, producto del Recurso de Amparo presentado.

Expediente: 08-013518-0007- CO Resolución: No 2009004555, a saber:

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

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

Este Tribunal Constitucional en múltiples resoluciones ha señalado que el derecho a la vida reconocido en el numeral 21 de la Constitución es la piedra angular sobre la cual descansan el resto de los derechos fundamentales de los habitantes de la república. De igual forma, en ese ordinal de la carta política encuentra asidero el derecho a la salud, puesto que, la vida resulta inconcebible si no se le garantizan a la persona humana condiciones mínimas para un adecuado y armónico equilibrio psíquico, físico y ambiental.

Partiendo, en consecuencia, del reconocimiento y la tutela del derecho a la salud, derivado del artículo 21 de la Constitución Política, es preciso señalar que debe ser entendido de modo amplio (in dubio pro libertate o pro homine, eficacia expansiva y progresiva) de forma similar al concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud en su declaración constitutiva al disponer que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

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

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

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

Es preciso que las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social adopten las medidas que sean necesarias para que en un plazo razonable se separen ambas categorías de enfermos mentales; es decir, que ubiquen en pabellones o módulos separados o diferenciados a los pacientes regulares de dicho centro médico, respecto a los usuarios a los que se les ha impuesto una medida cautelar o curativa por parte del sistema penal y que muestran indicios de peligrosidad. Nótese, sobre el particular, que en materia penitenciaria se aplica una regla de separación de las categorías de privados de libertad (hombres, mujeres, menores de edad, jóvenes, indiciados, sentenciados, apremiados corporalmente por deudas de alimentos), la que, se encuentra consagrada en el principio No. 8 de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos, la que puede ser aplicada, por disposición del sistema penal deben cumplir medidas preventivas y de seguridad, deben estar efectivamente separadas de los pacientes regulares del Hospital Nacional Psiquiátrico identidad de razón, en la especie. Bajo esa premisa, las personas que por disposición del sistema penal deben cumplir medidas preventivas y de seguridad, deben para, de este modo, evitar los abusos denunciados por las propias autoridades hospitalarias. En consecuencia, mientras se toman las medidas administrativas necesarias para poner en funcionamiento un nuevo centro psiquiátrico especializado, las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social deben proceder a separar a los enfermos mentales que no se encuentran sometidos a una medida preventiva o de seguridad, respecto a los que sí lo están.

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

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

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

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

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



salvaguardar la integridad de los pacientes y proteger al personal médico a cargo de su tratamiento clínico, todo en aras de salvaguardar el orden público, así como, la integridad y la dignidad de los pacientes de dicho centro médico (Sala Constitucional, 2009).

En atención a esta resolución, las autoridades de la Caja procedieron a habilitar el Centro de Atención para las Personas con Trastornos Mentales en Conflicto con la Ley, el cual entró en funciones el 29 de julio de 2011. Dicho establecimiento se crea como una dependencia del Hospital Nacional Psiquiátrico, del cual depende administrativamente, además se dotó de un personal de planta (psiquiatras, médicos generales, enfermería, psicología, trabajo social, asesoría legal, entre otros). CAPEMCOL cuenta con una capacidad instalada de 100 camas y fue ubicado en un edificio alquilado, una antigua bodega, el cual tiene infraestructura y condiciones materiales limitadas para la ubicación, atención y rehabilitación de las personas usuarias (Asamblea Legislativa, 2017).

De acuerdo con el Gobierno de la República (2019) se firma un contrato para dar inicio con la construcción de la nueva sede de CAPEMCOL, la cual estará ubicada en un terreno contiguo al Hospital Nacional Psiquiátrico, contará con un área de construcción que alcanza los 7 000 metros cuadrados donde se contempló la construcción de un acceso independiente para el centro con todos los elementos propios de seguridad y resguardo, así como una tapia que divida las poblaciones usuarias del hospital y la edificación de aulas, talleres y una bodega especializada. Además, en las nuevas instalaciones se prevé un aumento de 34 camas, se espera ampliar los talleres y espacios verdes para las actividades deportivas y agrícolas que tienen a disposición de este grupo de pacientes.

Aunado a lo anterior, se pretende fortalecer el modelo de atención, el cual pasó de un sistema asilar a ser un hospital especializado en rehabilitación y atención a personas con enfermedades mentales, con la incorporación de programas científicos basados en la evidencia y la mejora en las prácticas de atención.

Como parte de la reinserción que se busca, una vez que los pacientes han superado la fase intrahospitalaria se trabaja para que puedan salir del centro con permisos al hogar y otros mecanismos disponibles y que incluso formen parte de procesos de empleabilidad.

## 2.2 Inimputabilidad o Imputabilidad disminuida

La capacidad de entender y de querer, de distinguir lo lícito de lo ilícito según el ordenamiento penal, de poder conocer el comportamiento exigible diverso al delictivo y de ajustar la conducta a la norma es el contenido de la imputabilidad, por lo que un preludio de la culpabilidad es el juicio de imputabilidad, mediante el cual se declara capaz, incapaz o con capacidad disminuida a la persona autora de una acción antijurídica, que va ser sometida a un posible juicio de reproche (Rodríguez, citado por CIJUL en Línea, 2012).

Según la normativa vigente, se considera que actúa con imputabilidad disminuida la persona que, por efecto de enfermedad mental, grave perturbación de la conciencia, sea esta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes, posea apenas, de manera incompleta en el momento de la acción u omisión, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho, o de determinarse de acuerdo con esa comprensión. Al igual que ocurre con el estado de inimputabilidad, nuestra jurisprudencia ha aceptado la posibilidad de que los trastornos psicopatológicos que pueden disminuir significativamente la capacidad de imputabilidad, sean transitorios. Lo importante es que estén presentes al momento de los hechos (Sánchez y Rojas, citado por CIJUL en Línea, 2012).

De acuerdo al Código Penal (1970), en su artículo 42:

Es inimputable quien en el momento de la acción u omisión, no posea la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, a causa de enfermedad mental, o de grave perturbación de la conciencia sea ésta o no ocasionada por el empleo accidental o involuntario de bebidas alcohólicas o de sustancias enervantes.

*(Corregido mediante Fe de Erratas publicada en La Gaceta N° 234 de 24 de noviembre de 1971).*

En el artículo 43 del Código Penal (1970), se establece:

Actúa con imputabilidad disminuida quien, por efecto de las causas a que se refiere el artículo anterior, no posea sino incompletamente, en el momento de la acción u omisión, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión.

### **2.3 Medidas de seguridad**

El Código Penal Tipo para Latinoamérica fue el resultado de decisiones tomadas en varios congresos celebrados en los años 1965, 1969, 1970 y 1971 en distintos países de Latinoamérica. Dicha normativa reguló la imputabilidad disminuida en su artículo 20 y la inimputabilidad en el artículo 19. Para aquel momento, se consideró pertinente contemplar la imposición de una pena no menor de un tercio del mínimo ni mayor de un tercio del máximo de la establecida por la ley para el correspondiente delito al agente que por causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado, o de grave perturbación de la conciencia en el momento de la acción u omisión no tuviese plena capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión. Adicionalmente, se apuntaba que en caso de que la imposición de la pena se considerase perjudicial para el debido tratamiento del agente por mediar causas patológicas, solamente debía aplicarse una medida de seguridad curativa. Finalmente enuncia que, en los demás casos, es posible aplicar una pena disminuida, una medida curativa o ambas en el orden señalado por el Juez. (Harbottle, 2016, p. 40).

Burgos (2005), considera que no se puede hablar de medidas de seguridad en nuestro país antes de 1880, ya que es hasta este año en el que el Código Penal costarricense exime de responsabilidad a las personas con trastornos mentales y se decreta judicialmente, por primera vez, la reclusión de estas personas en establecimientos destinados para tal efecto. Siendo El Asilo Chapuí el primer establecimiento en nuestro país destinado a enfermos mentales. Describe además que el Código Penal de 1924, se presenta una innovación respecto de obligar al Juez a contar con un dictamen de perito, antes de poder ordenar la salida del establecimiento; quienes deberán declarar desaparecido el peligro de que el enfermo cause daño. Desde este momento se empieza a afianzar el rol del médico como legitimador de la acción jurídica y en especial la judicial. Y para el año 1941, el Código Penal no exime de responsabilidad sino de pena, con lo cual se considera que la persona es responsable pero no imputable, esto obedece a un refinamiento de los conceptos jurídicos. Y dicho código en su artículo 110, inciso 1 establece la internación en un “manicomio” como medida de seguridad, esta solo puede ser impuesta si se ha cometido un hecho punible aunque algunas veces se decretaba antes del fallo por razones preventivas. Es en el artículo 112 en el que se afina aún

más el asunto del dictamen, que ya se denomina específicamente “médico”, que demostrará que el sujeto puede ser sometido a la libertad vigilada sin peligro de que cause daño.

### **2.3.1 Naturaleza de las medidas de seguridad**

“Las medidas de seguridad son de carácter estrictamente penal puesto se usan para prevenir delitos y surgen en respuesta a la peligrosidad criminal del sujeto”. (Rodríguez, citado por Sanabria, R., 1993, p.10).

“Se trata de medidas administrativas que sólo son procesal y jurisdiccionalmente penales, pero en modo alguno materialmente penales por esto no pueden ser llamadas sanciones pues no constituyen sanción a ninguna conducta. Su naturaleza es netamente administrativa y su objetivo expresamente asistencial.” (Burgos, 2005)

### **2.3.2 Características de las medidas de seguridad**

- Se dirigen a contrarrestar la peligrosidad de los sujetos inculpables que no están en condiciones de ser responsabilizados penalmente.
- Tienen como finalidad un aseguramiento de la sociedad mediante la prevención de peligros futuros.
- Se fundamenta en la peligrosidad del sujeto ante eventuales delitos que podría cometer.
- Las medidas son un reproche al autor, no hay reproche moral.
- Están orientadas a combatir un estado de peligrosidad y por ello no contienen un juicio de valor.
- Una vez impuesta es indeterminada.
- En la medida de seguridad una vez que desaparece el peligro, se torna ilegítima
- Son recursos de índole administrativa en manos del estado, son revocables y de carácter flexible, su aplicación no tiene que ver tanto con el hecho sino con el sujeto que comete el injusto.
- Responden a necesidades preventivas y curativas mientras

- Al no ser penas, no tienen ninguno beneficio como el indulto, el beneficio de los días de trabajo y la libertad condicional. (Matarrita, 2016, p.56-58)

### **2.3.3 Aplicación de medidas de seguridad**

De acuerdo al Código Penal (1970), en su artículo 97: “Las medidas de seguridad se aplicarán solamente a las personas que hayan cometido un hecho punible, cuando del informe que vierta el Instituto de Criminología se deduzca la posibilidad de que vuelvan a delinquir”.

En el artículo 102, se establece que las medidas se aplicarán así:

En servicios psiquiátricos idóneos o establecimientos de tratamiento especial educativo, se internarán los enfermos mentales, toxicómanos habituales, alcohólicos y sujetos de imputabilidad disminuida que hayan intentado suicidarse.

La libertad vigilada se ordenará en los casos de condena de ejecución condicional, así como en los casos en que se suspende otra medida de seguridad y el Juez ordene aplicarla por un tiempo prudencial. El Instituto de Criminología informará periódicamente al Juez sobre la conducta de las personas sometidas a libertad vigilada; *(Así reformado el párrafo primero de este inciso por resolución de la Sala Constitucional N° 88-92 de las 11 horas del 17 de enero de 1992)*

La prohibición de frecuentar determinados lugares es medida de prevención especial y se impondrá al condenado por delito cometido bajo la influencia del alcohol o de drogas enervantes.

### **2.4 Internación para observación**

El Código Procesal Penal (1996), en su artículo 86 establece:

Si es necesario el internamiento del imputado para elaborar el informe pericial sobre su capacidad, la medida podrá ser ordenada por el tribunal, a solicitud de los peritos, sólo cuando exista la probabilidad de que el imputado haya cometido el hecho y esta medida no sea desproporcionada respecto de la importancia de la pena o medida de seguridad que podría imponerse. La internación no podrá prolongarse por más de un mes y sólo se ordenará si no es posible realizarla con el empleo de otra medida menos drástica.

## **2.5 Internación por Enfermedad del Condenado**

De acuerdo con el Código Procesal Penal (1996):

Si durante la ejecución de la pena privativa de libertad, el condenado sufre alguna enfermedad que no pueda ser atendida en la cárcel, el tribunal de ejecución de la pena dispondrá, previo los informes médicos necesarios, la internación del enfermo en un establecimiento adecuado y ordenará las medidas necesarias para evitar la fuga. El director del establecimiento penitenciario tendrá iguales facultades, cuando se trate de casos urgentes; pero la medida deberá ser comunicada de inmediato al tribunal que podrá confirmarla o revocarla. Estas reglas serán aplicables a la prisión preventiva, en relación con el tribunal que conozca del proceso, y a las restantes penas en cuanto sean susceptibles de ser suspendidas por enfermedad. El tiempo de internación se computará a los fines de la pena, siempre que el condenado esté privado de libertad. (art. 485)

## **2.6 Medidas de seguridad curativas**

El artículo 101 del Código Penal (1996), establece como medidas curativas:

- “El ingreso en un hospital psiquiátrico.
- El ingreso en un establecimiento de tratamiento especial educativo.
- Someterse a un tratamiento psiquiátrico.

*(Así reformado por el artículo 69 (actual 82) de la Ley sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600 de 2 de mayo de 1996)”*.

### **2.6.1 Revisión de medidas de seguridad**

De acuerdo al Código Procesal Penal (1996), en su artículo 487 se establece que:

El tribunal examinará, periódicamente, la situación de quien sufre una medida. Fijará un plazo no mayor de seis meses entre cada examen, previo informe del establecimiento y de los peritos. La decisión versará sobre la cesación o continuación de la medida y, en este último caso, podrá ordenar la modificación del tratamiento.

Cuando el juez tenga conocimiento, por informe fundado, de que desaparecieron las causas que motivaron la internación, procederá a su sustitución o cancelación.

### **III. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Analizar las variables de reingreso de personas en CAPEMCOL.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Describir las variables psicosociales que inciden en los reingresos en CAPEMCOL.

Identificar el diagnóstico de egreso y características socio demográficas de las personas con reingreso en CAPEMCOL.

Determinar el perfil y cantidad de reingresos de las personas con 1 o más reingresos en el CAPEMCOL.

### **IV. Metodología**

#### **4.1 Tipo de Estudio y Metodología**

Se realizó una investigación de tipo observacional-descriptivo de análisis de registros y expediente médico físico y digital de pacientes con 1 o más reingresos en CAPEMCOL en el período 2017-2019.

#### **4.2 Muestra**

La muestra de la investigación fueron 46 personas que contaban con 1 o más reingresos en CAPEMCOL durante el período 2017-2019.

#### **4.3 Población**

Se trabajó con la población total de personas con 1 o más reingresos en CAPEMCOL durante el período 2017-2019.

##### **4.3.1 Criterios de Inclusión**

- Edades comprendidas entre los 18 y 75 años.

- Género Masculino y Femenino.
- Personas con 1 o más reingresos en CAPEMCOLO durante el período 2017-2019.

#### 4.3.2 Criterios de Exclusión

- Se excluyen del estudio los pacientes con reingresos previos o posteriores al período 2017-2019 en el Centro de Atención para personas con Problemas Mentales en Conflicto con la Ley.
- Se excluyen personas menores de edad.
- Se excluyen personas con los registros y expedientes médicos incompletos.

#### 4.4 Procedimiento

Se elaboró un documento de vaciamiento de datos (Ver Anexo #1) el cual contaba con un código alfanumérico con el objetivo de anonimizar la información recolectada. En dicho documento el investigador principal anotaba los datos obtenidos durante la revisión del expediente físico y digital.

#### 4.5 Operacionalización de Variables

<b>Variables de Estudio</b>	
<p><b>Sexo</b></p> <p>Variable dicotómica.</p> <p>Se codificará de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hombres.</li> <li>2. Mujeres.</li> </ol>	<p><b>Edad</b></p> <p>Variable tipo continua.</p> <p>Será la edad en años cumplida por el paciente y documentada en el momento del reingreso a CAPEMCOLO.</p>
<p><b>Estado civil</b></p> <p>Variable nominal</p>	<p><b>Número de reingresos</b></p> <p>Variable discreta.</p> <p>Será el número de reingresos del paciente a CAPEMCOLO.</p>



<p>Se codificará:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. Soltero.</li> <li>1. Casado.</li> <li>2. Divorciado.</li> <li>3. Unión libre.</li> <li>4. Separado.</li> <li>5. Viudo.</li> </ol>	<p><b>Fecha de reingreso</b></p> <p>Variable discreta</p> <p>Será el día, mes y año en que el usuario reingresa a CAPEMCOL.</p>
<p><b>Diagnóstico de egreso previos</b></p> <p>Variable nominal.</p> <p>Será el trastorno psiquiátrico con la cual es egresado el paciente, según la clasificación del CIE-10.</p>	<p><b>Estancia de internamiento</b></p> <p>Variable discreta.</p> <p>Será la estancia hospitalaria del paciente a causa de su patología psiquiátrica, la cual será la resta del día de ingreso menos el día de egreso del paciente.</p> <p>Será medida en días.</p>
<p><b>Residencia</b></p> <p>Variable nominal</p> <p>De acuerdo con el lugar de residencia que se encuentre indicado en el Expediente clínico del paciente.</p>	<p><b>Tiempo de egreso hospitalario del paciente</b></p> <p>Variable discreta.</p> <p>Será la estancia de egreso del paciente, la cual será la resta del día de ingreso menos el día de egreso del paciente. Será medida en días.</p>
<p><b>Tipo de delito</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se anotará el delito que generó el proceso judicial y la medida de internamiento, se codificará de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homicidio.</li> <li>• Abusos deshonestos y violaciones sexuales.</li> <li>• Violencia intrafamiliar.</li> <li>• Robo.</li> <li>• delitos relacionados con drogas.</li> <li>• Incumplimiento de medidas.</li> <li>• Otro tipo de delito (se especificará)</li> </ul>	<p><b>Identificación de objetivos de trabajo terapéutico durante el internamiento</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se plantearon objetivos de trabajo terapéutico durante el internamiento</p> <p>Se codifica</p> <p>0.No.</p> <p>1.Sí y se anotará:</p> <p>Tipo de objetivos terapéuticos que se establecieron.</p> <p>Plazo de tiempo establecido para llevar a cabo los objetivos terapéuticos planteados.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>No se especifica tipo de delito.</li> </ul>	<p>Objetivos terapéuticos planteados desde el tipo de medida de internamiento del paciente (se codifica 0 No 1 Sí).</p>
<p><b>Antecedentes previos infancia y adolescencia de conductas delictivas.</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se codifica: No. Sí. Se anota el tipo de conducta delictiva.</p>	<p><b>Disciplinas participantes en el trabajo terapéutico durante el internamiento</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se codifica: 1.Médico Especialista en Psiquiatría 2.Otros Médicos Especialistas 3.Médico General 4.Terapia Ocupacional 5.Trabajo Social 6.Psicología Clínica</p>
<p><b>Tipo de Medida de Internamiento</b></p> <p>Variable Dicotómica.</p> <p>Se anotará el tipo de medida de internamiento, y se codifica: 0. Medida cautelar. 1. Medida curativa.</p>	<p><b>Tipo de atención por psicología clínica durante el internamiento</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se codificará:  1. Psicodiagnóstico. 2. Psicoterapia Individual. 3. Terapia Grupal. 4. Intervenciones con familia. 5. Talleres de Psicoeducación. 6. Otros tipos de intervención 7. Ninguno-No se especifica</p>
<p><b>Ocupación</b></p> <p>Variable nominal.</p> <p>Se codifica de la siguiente forma: 0. Desempleado. 1. Con ocupación previa al internamiento. 2. Pensionado.</p>	<p><b>Nivel de escolaridad</b></p> <p>Variable Ordinal.</p> <p>Se codificará de la siguiente forma: 0. Sin estudios. 1. Primaria incompleta. 2. Secundaria incompleta. 3. Primaria completa. 4. Secundaria completa. 5. Estudios técnicos. 6. Estudios superiores.</p>
<p><b>Recursos de apoyo</b></p> <p>Variable Nominal.</p> <p>Se codifica:</p>	<p><b>Seguimiento por profesionales en salud mental durante el tiempo de egreso del paciente</b></p> <p>Variable Dicotómica.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>0. Sin recursos de apoyo.</li> <li>1. Con recursos de apoyo familiares.</li> <li>2. Con recursos de apoyo sociales.</li> <li>3. Comunidad.</li> <li>4. Gubernamental.</li> <li>5. ONG (se especificará nombre).</li> <li>6. Otros (se especificará)</li> </ul>	<p>Se codifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0. No recibía seguimiento médico.</li> <li>1. Si recibía seguimiento médico.</li> </ul>
<p><b>Consumo de sustancias</b></p> <p>Variable Dicotómica.</p> <p>Se codifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0. Sin antecedentes de consumo previo al internamiento.</li> <li>1. Con antecedentes de consumo previo al internamiento.</li> </ul>	<p><b>Tipo de seguimiento posterior a su egreso</b></p> <p>Variable Dicotómica</p> <p>Se codifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0. Pública.</li> <li>1. Privada.</li> </ul>
<p><b>Tipo de sustancia</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se codificará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0. Cocaína.</li> <li>1. Marihuana.</li> <li>2. Alcohol.</li> <li>3. Crack.</li> <li>4. Otros (se especificará tipo).</li> </ul>	<p><b>Tipo de atención en seguimiento posterior a su egreso</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se codifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Médico Especialista en Psiquiatría.</li> <li>2. Otros médicos especialistas (se especificará especialidad).</li> <li>3. Psicología clínica.</li> <li>4. Trabajo Social.</li> <li>5. Medicina general.</li> </ul>
<p><b>Seguro Social</b></p> <p>Variable Dicotómica</p> <p>Se codifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. No contaba con seguro social previo al internamiento.</li> <li>2. Si contaba con seguro social previo al internamiento.</li> </ul>	<p><b>Tipo de aseguramiento</b></p> <p>Variable Nominal</p> <p>Se codificará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Asegurado Directo.</li> <li>2. Asegurado por un familiar.</li> <li>3. Asegurado por el Estado.</li> </ul>
<p><b>Antecedentes Personales Clínicos</b></p>	<p><b>Antecedentes de Trauma Psicológico</b></p>

<p>Variable Nominal</p> <p>Se codificará:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No cuenta con antecedentes.</li> <li>2. Antecedentes médicos y quirúrgicos.</li> <li>3. Antecedentes psiquiátricos.</li> </ol> <p>Se especificará tipo de antecedente.</p>	<p>Variable Nominal</p> <p>Se codificará de acuerdo a la clasificación de Terr (citada por Montt &amp; Hermosilla, 2001):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo I: Producido por un evento único repentino y externo.</li> <li>• Tipo II: Ocurre producto de una exposición repetitiva a eventos traumáticos externos.</li> <li>• Trauma Mixto: Se produce por un evento único repentino y externo con secuelas severas o crónicas.</li> </ul>
--	--

#### 4.6 Método para el Análisis de Datos

El procesamiento de los datos se realizó en el programa Microsoft Excel, posterior a esto se realizó el análisis de los mismos en el software estadístico SPSS.

#### 4.7 Resultados

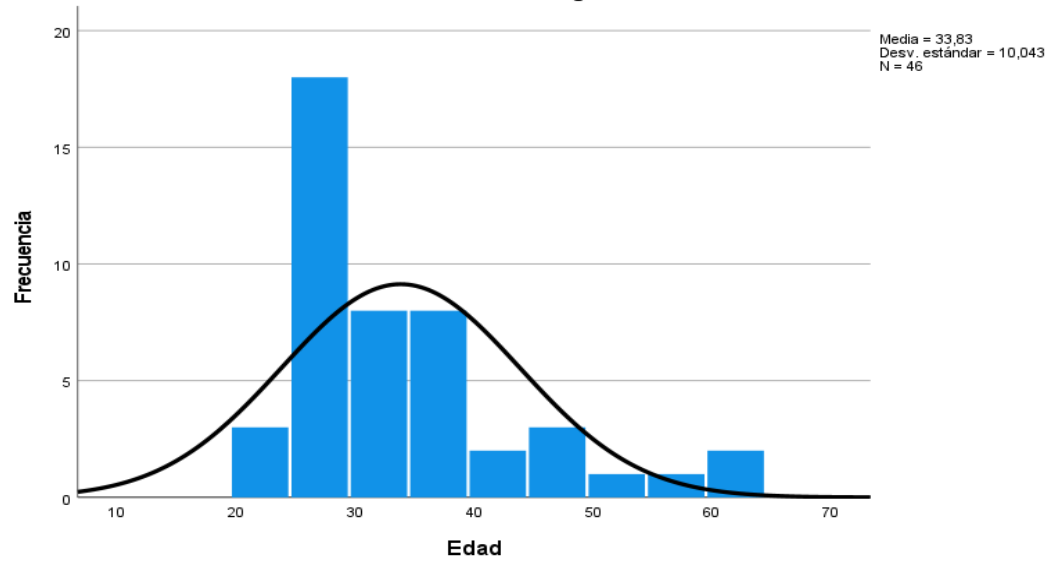
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la revisión de expedientes físicos y digitales de los pacientes con 1 o más reingresos en CAPEMCOL.

**Tabla 1**

*Distribución de la población por Género*

	N	%
Femenino	8	17,4%
Masculino	38	82,6%

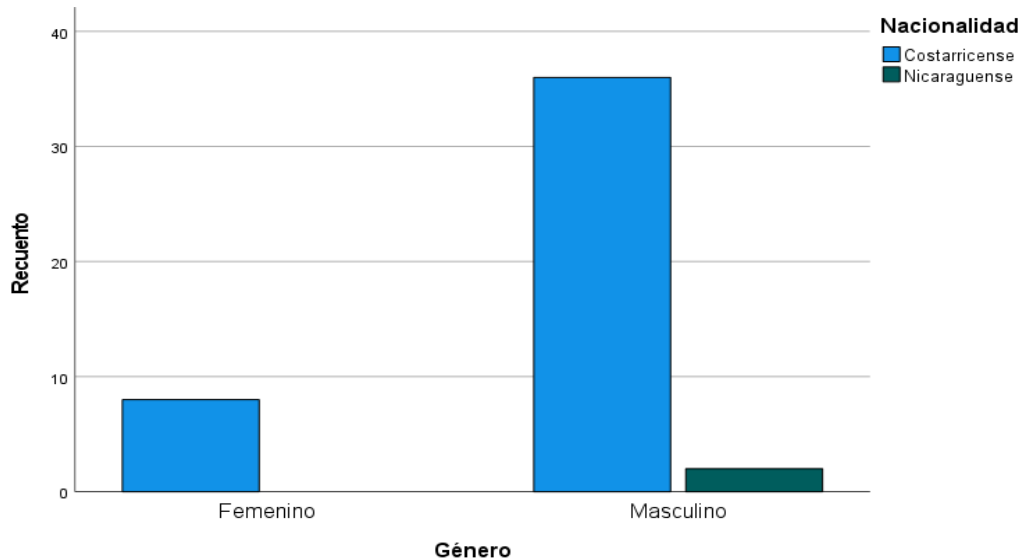
Según los resultados obtenidos el 17.4% de la población con reingresos en CAPEMCOL durante el período 2017-2019 correspondía al género femenino y un 82.6% al género masculino.

**Figura 1***Edad promedio de la población*

De acuerdo con los datos obtenidos, la población tiene una edad promedio de 34 años en un rango que va desde los 22 años hasta los 62 años. Siendo las edades de 26, 27, 28, 30 y 36 años las que presentan mayor frecuencia ( $N=4$ ) y porcentaje (8.7%) respectivamente.

**Figura 2**

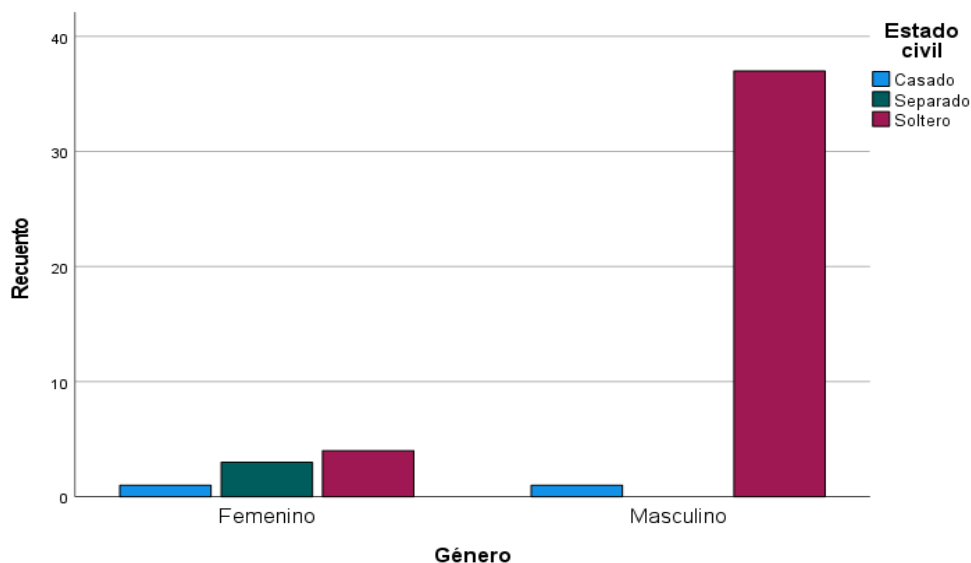
*Distribución de la población por nacionalidad y género*



De acuerdo a la información recabada el 95.7% de la población total son costarricenses, mientras que el 4.3% corresponde a personas nicaragüenses. Y de acuerdo al género, la totalidad de la población femenina es costarricense, mientras que el 5.57% de la población masculina es nicaragüense y el 94.43% de esta es costarricense.

**Figura 3**

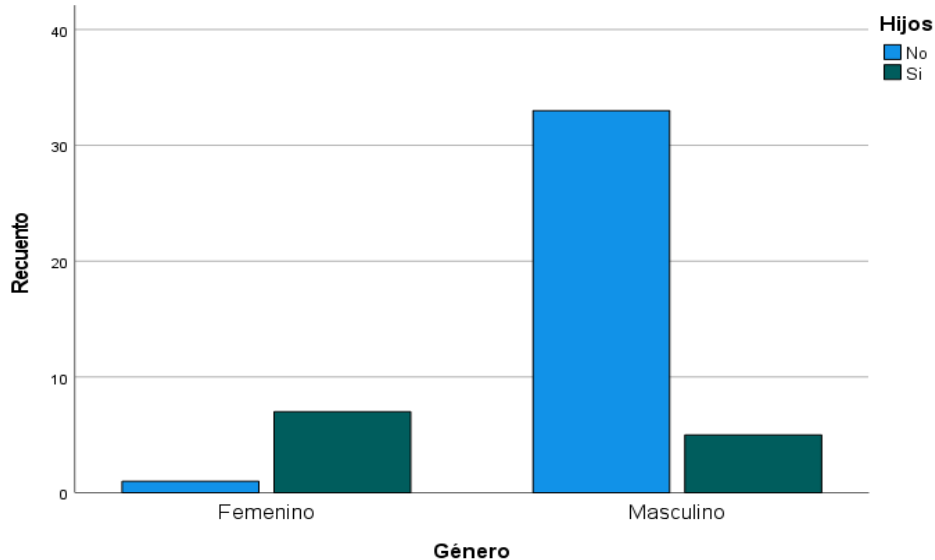
*Distribución de la población por estado civil y género*



De acuerdo a la información recabada el 4.3% de la población total estaban casados, el 6.5 % separado y el 89.1% soltero. Y de acuerdo al género, el 50 % de la población femenina era casada, el 37.5 % se encontraba separada y el 12.5 % era soltera; mientras que el 97.36 % de la población masculina era soltera y el 2.64% era casada.

**Figura 4**

*Distribución de la población por tenencia de hijos y género*



De acuerdo a los resultados obtenidos el 73.9% de la población total no tenía hijos, mientras que el 26.1% si tenía. Y de acuerdo al género, el 87.5 % de la población femenina tenía hijos y el 12.5 % no tenía hijos; mientras que el 86.84 % de la población masculina no tenía hijos y el 13.16% tenía hijos.



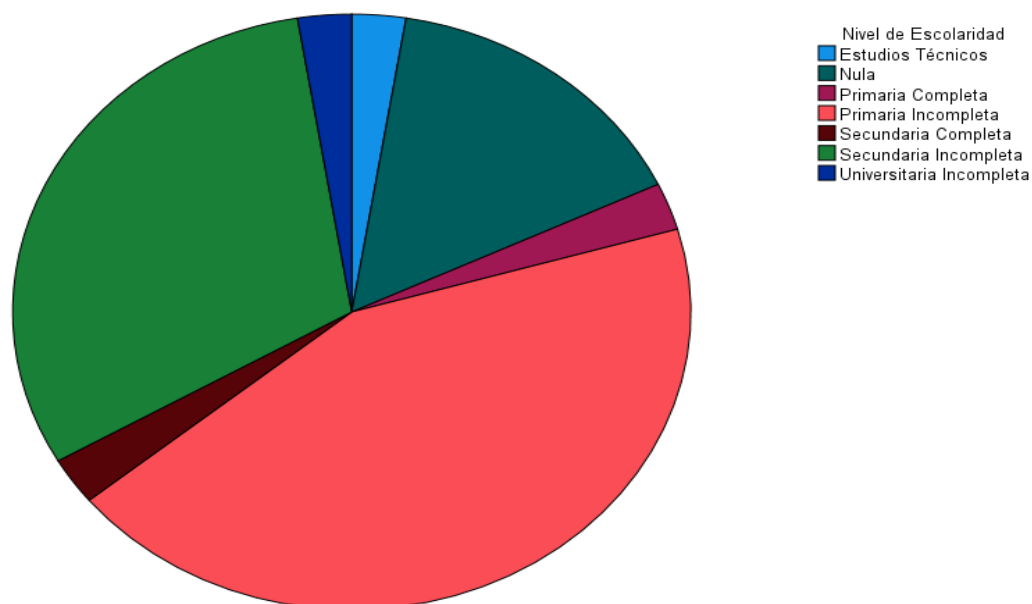
**Tabla 2***Distribución de la población de acuerdo a lugar de domicilio*

	N	%
San José	18	39,1%
Centro Penitenciario	7	15,2%
Alajuela	6	13,0%
Limón	6	13,0%
Cartago	3	6,5%
Guanacaste	3	6,5%
Callejización	1	2,2%
Puntarenas	1	2,2%
San Carlos	1	2,2%

De acuerdo a los resultados obtenidos, al momento de su ingreso a CAPEMCOL, 18 personas tenía su domicilio en la provincia de San José, 7 personas se encontraban en un centro penitenciario, 6 personas tenían su domicilio las provincias de Alajuela y Limón de respectivamente y 3 personas residían en Cartago y Guanacaste.

**Figura 5**

*Nivel de escolaridad en la población*

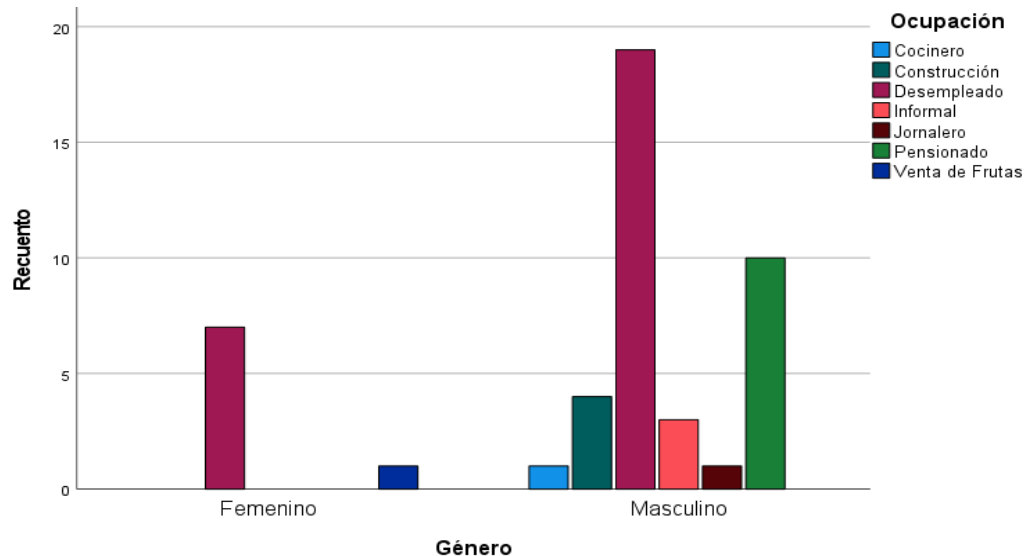


Respecto al nivel de escolaridad el 37% de la población tenía primaria incompleta, el 26.1% secundaria incompleta, 13% escolaridad nula y primaria completa, 2.2% de la población tenía primaria completa, secundaria completa o universitaria incompleta respectivamente.

*Nota: En el caso de una persona no se encontraron datos en expediente.*

**Figura 6**

*Distribución de la población por ocupación y género*



En los resultados obtenidos se evidencia que el 87.5 % de la población femenina se encontraba desempleada y 12.5% laboraba en venta de frutas. En el caso de la población masculina el 50% se encontraba desempleada, el 26.31% pensionada, el 10.52% realizaba labores de construcción, 3.3% tenía un empleo informal y un 2.2% como jornalero y cocinero respectivamente.

**Tabla 3**

*Distribución de la población por antecedentes médicos*

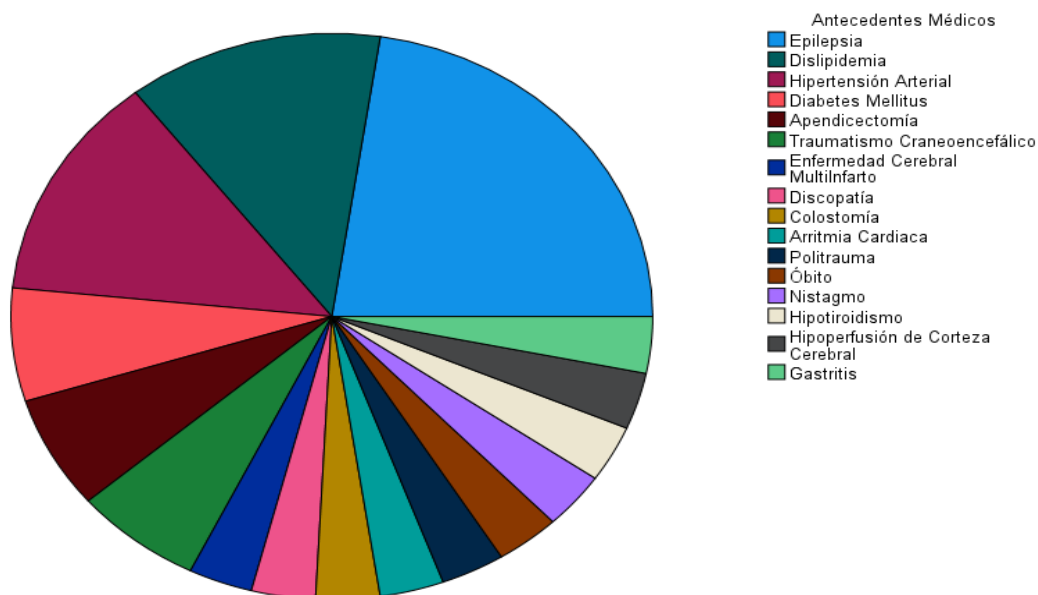
	N	%
Con antecedentes	30	65,2%
Sin antecedentes	8	17,4%

De acuerdo a los expedientes médicos revisados el 65.2% de la población presentaba antecedentes médicos y un 17.4% no contaba con antecedentes médicos.

*Nota: 8 de los participantes no contaban con datos de antecedentes médicos en el expediente médico.*

**Figura 7**

*Distribución de la población con antecedentes médicos por diagnóstico.*



De la población con antecedentes médicos se encontró que 7 personas padecían de epilepsia, dislipidemia, 4 hipertensión arterial, 3 traumatismo craneoencefálico, 2 diabetes mellitus, y 2 apendicitis. Además se encontraron otros antecedentes médicos como enfermedad cerebral multiinfarto, discopatía, colostomía, arritmia cardíaca, politrauma, óbito, nistagmo, hipotiroidismo, hipoperfusión de corteza cerebral y gastritis en un 2.2% de la población respectivamente.

**Tabla 4**

*Distribución de la población por antecedentes psiquiátricos*

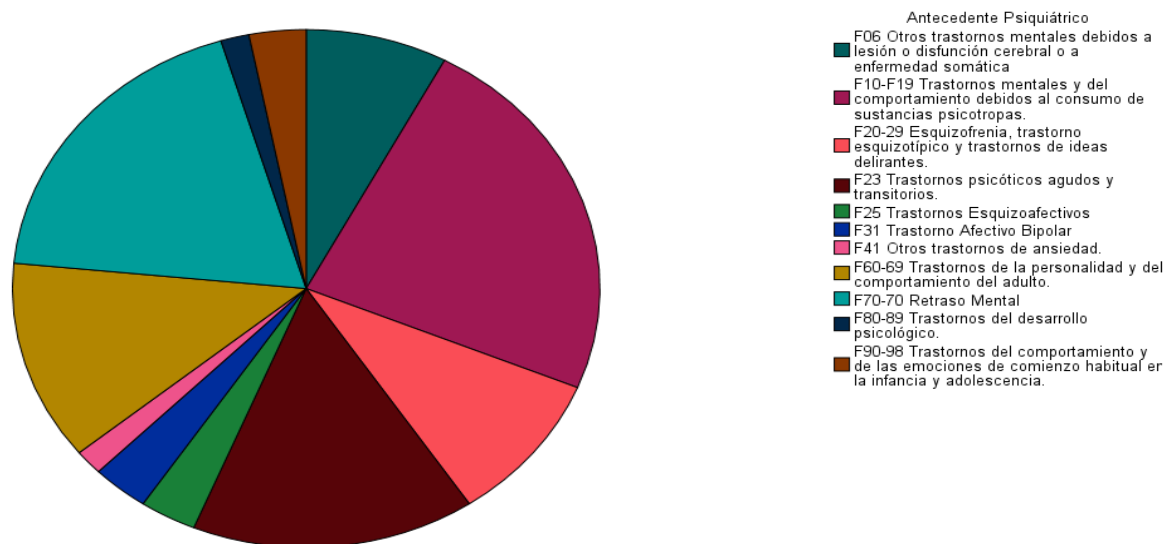
	N	%
Con antecedentes	38	82,6%
Sin antecedentes	7	15,2%

De acuerdo a los expedientes médicos revisados el 82.6% de la población presentaba antecedentes médicos y un 15.2% no contaba con antecedentes psiquiátricos.

*Nota: 1 persona no contaba con datos de antecedentes psiquiátricos en el expediente médico.*

**Figura 8**

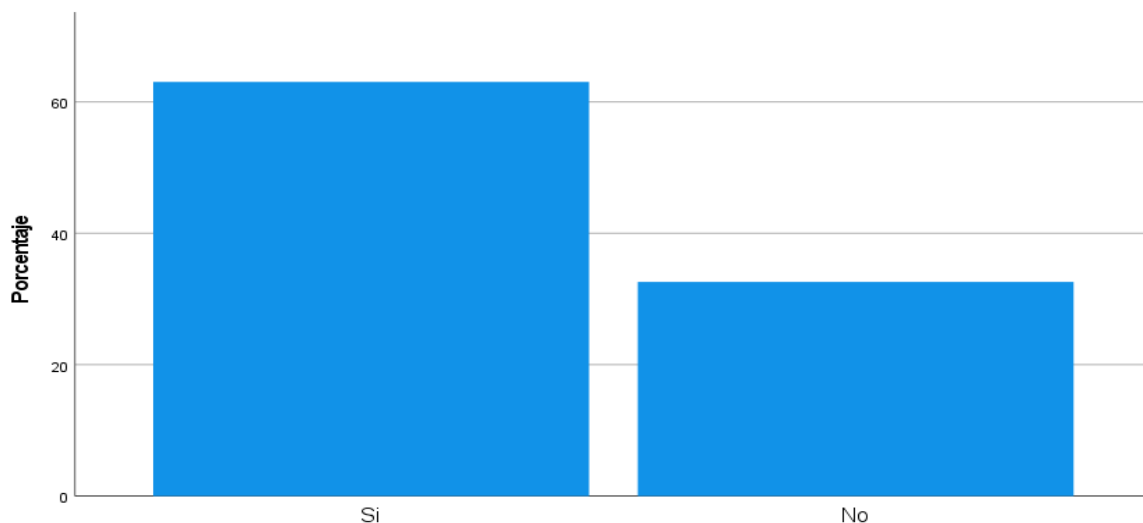
*Distribución de la población con antecedentes psiquiátricos por diagnóstico*



De acuerdo a los resultados obtenidos 15 personas tenían como antecedente F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, 12 personas F70-79 Retraso Mental, 10 personas F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios, 8 personas F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, 6 personas F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, 5 personas F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática, 2 personas F25 Trastornos Esquizoafectivos, F31 Trastorno Afectivo Bipolar y F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia respectivamente y 1 persona F41 Otros trastornos de ansiedad y F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico respectivamente.

**Figura 9**

*Distribución de la población por ingresos previos en el HNP*



Los resultados obtenidos son que el 63% de la población contaba con ingresos previos en el HNP y un 32.6% no tenía ingresos previos en ese centro.

*Nota: 4.4% de la población con contaba con datos en su expediente médico de ingresos previos en HNP.*

**Tabla 5**

*Distribución de la población por antecedentes de trauma psicológico*

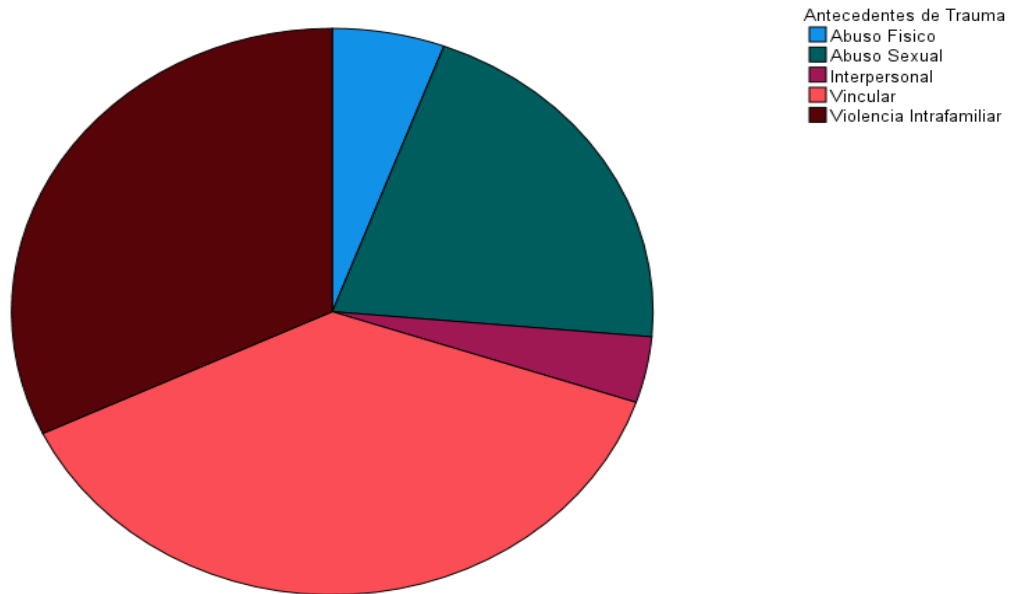
	N	%
Con antecedentes	32	69,6%
Sin antecedentes	1	2,2%

Los resultados obtenidos son que el 69.6% de la población tenía antecedentes de trauma y un 2.2% no presentaba este tipo de antecedente.

*Nota: Un 18.2% población no contaba con datos de antecedentes de trauma en su expediente médico.*

**Figura 10**

*Distribución de la población por tipo de antecedente de trauma psicológico*

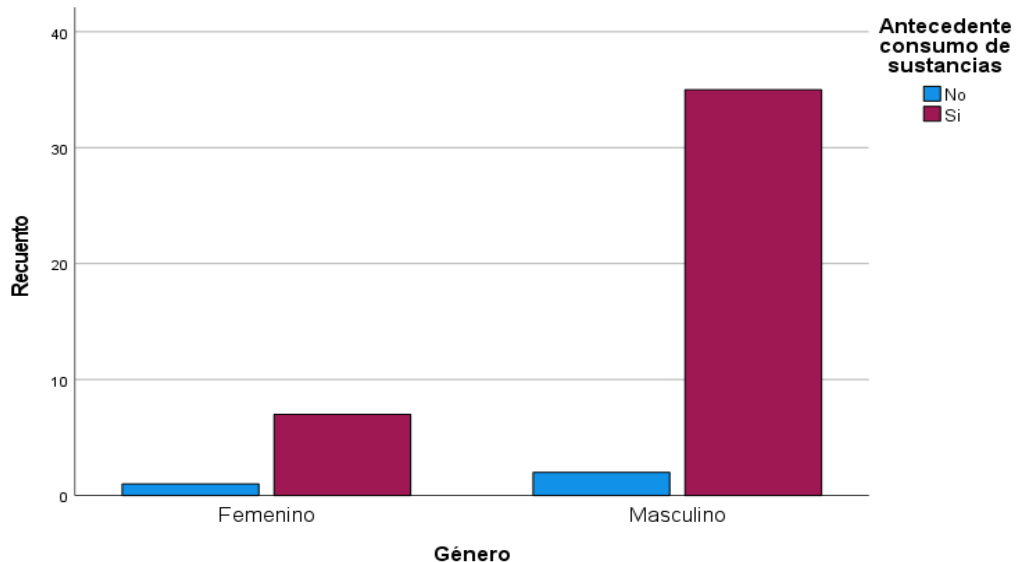


De acuerdo a los resultados obtenidos 20 personas tenían antecedentes de trauma vincular, 17 personas fueron víctimas de violencia intrafamiliar, 11 personas sufrieron de abuso sexual, 3 de abuso físico y 2 de trauma interpersonal.



**Figura 11**

*Distribución de la población por antecedentes de consumo de sustancias y género*



De acuerdo a los resultados encontrados el 92.10% de la población masculina y 87.5% de la población femenina presentaba antecedentes de consumo de sustancias; un 5.26% de la población masculina y 12.5% de la población femenina no tenía antecedentes de consumo de sustancias.

**Tabla 6***Tipo de sustancia utilizada por la población.*

	N	%
Marihuana	26	26,5%
Alcohol	23	23,5%
Cocaína	21	21,4%
Crack	19	19,4%
Tabaco	9	9,2%

Los resultados obtenidos fueron que el 25.5% consumió marihuana, el 23.5% alcohol, el 21.4% cocaína, el 19.4% crack y un 9.2% tabaco. Además un 2.2% de la población utilizó otras drogas como: cemento, éxtasis, gasolina, hongos, inhalantes, reina de la noche o sustancias volátiles respectivamente. Lo que evidencia que la mayor parte de la población tiene un patrón de consumo de múltiples sustancias.

**Tabla 7***Distribución de la población por antecedentes de conductas delictivas*

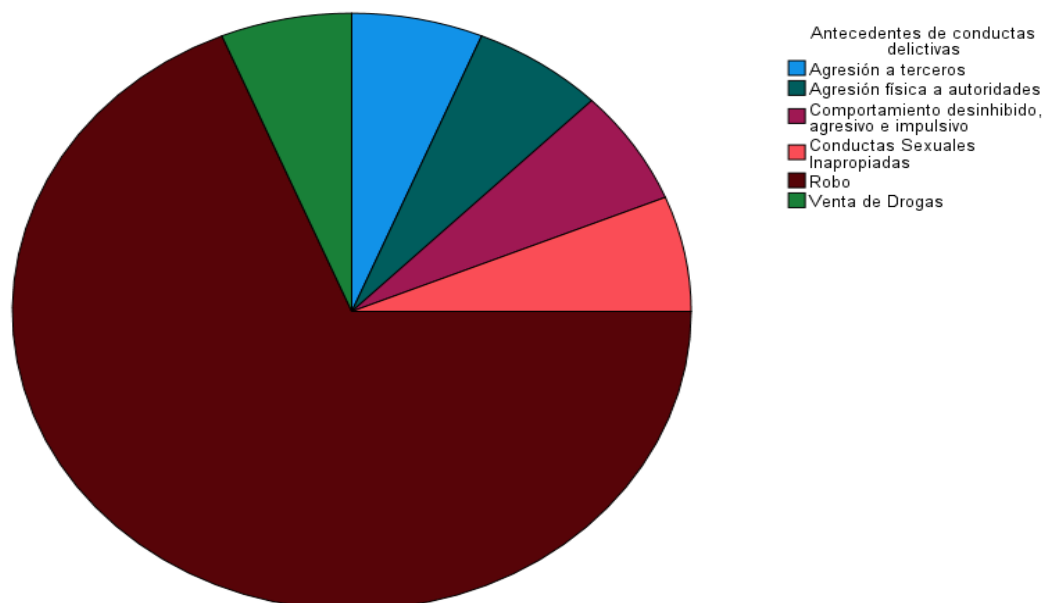
	N	%
Con antecedente	25	54.6%
Sin antecedente	5	10,9%

De acuerdo a los expedientes revisados se evidencia que el 54.6% de la población tenía antecedentes de conductas delictivas, mientras que un 10.9% no había cometido ningún acto delictivo previo.

*Nota: 16 personas no contaban con datos de antecedentes de conductas delictivas en su expediente médico.*

**Figura 12**

*Distribución de la población con antecedentes de conductas delictivas y el tipo de delito*



De la población con antecedentes de conductas delictivas se encontró que un 26.1% había incurrido en el delito de robo, un 10.9% el delito de agresión física a terceros y un 2.2% delitos como: agresión física a autoridades, comportamiento desinhibido, agresivo e impulsivo, conductas sexuales inapropiadas y venta drogas respectivamente.

**Tabla 8**

*Distribución de la población por accesibilidad a seguro médico previo a su reingreso*

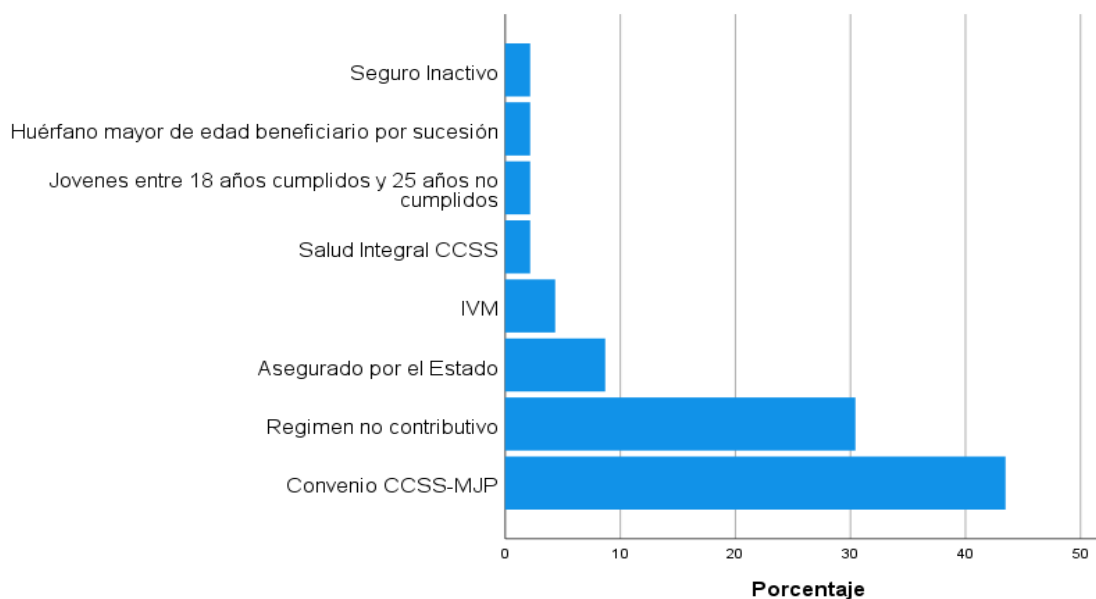
	N	%
Si	43	93,5%
No	2	4,3%

Respecto a los datos recabados el 93.5% de la población contaba con seguro social y un 4.3% no contaba con este.

*Nota: Una persona no contaba con datos respecto a su aseguramiento en el expediente médico.*

### Figura 13

*Distribución de la población con seguro social por tipo de seguro médico*



Los resultados obtenidos reflejan que el 2.2% de la población contaba con seguro médico un 2.2% se encontraba con seguro inactivo, un 2.2% con un seguro huérfano mayor de edad beneficiario por sucesión, un 2.2% por jóvenes entre 18 años cumplidos y 25 años no cumplidos, otro 2.2% contaba con un seguro integral CCSS, un 4.3% por régimen IVM, un 8.7% asegurado por el Estado, un 30.4% por régimen no contributivo y un 43.5% asegurada por el Convenio CCSS-MJP.

*Nota: Una persona que contaba con seguro social no tenía datos en su expediente sobre el tipo de aseguramiento.*

**Tabla 9**

*Distribución de la población por acceso a seguimiento médico previo a su reingreso*

	N	%
Con seguimiento médico	35	76,1%
Sin seguimiento médico	3	6,5%

De acuerdo a los datos recabados el 76.1 % de la población tenía seguimiento médico previo a su reingreso. Un 73.9% tenía seguimiento por CCSS y un 2.2% seguimiento forense. Un 6.5% de la población no contaba con seguimiento médico.

*Nota: 8 personas no contaban con datos sobre seguimiento médico en su expediente médico.*

**Tabla 10***Distribución de la población por primer grupo diagnóstico previo al reingreso*

	N	%
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	18	39.1%
F70-79 Retraso Mental	11	23,9%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	8	16.4%
F00-09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	7	15,2%
F31 Trastorno Afectivo Bipolar	2	4,3%
Z03.2 Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta	2	4,3%
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	1	2,2%

De acuerdo a los datos recabados el diagnóstico el F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes un 39.1%, de F70-79 Retraso Mental lo presentaba el 23.9% de la población, el F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas un 13,0%, F00-09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos un 15.2%, el F31 Trastorno Afectivo Bipolar un 4,3%, el Z03.2 Observación por sospecha de trastorno mental o de la conducta un 4,3%, un 2,2%, el F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas un 2,2% y el F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto un 2,2% de la población.

**Tabla 11**

*Distribución de la población por segundo grupo diagnóstico previo al reingreso*

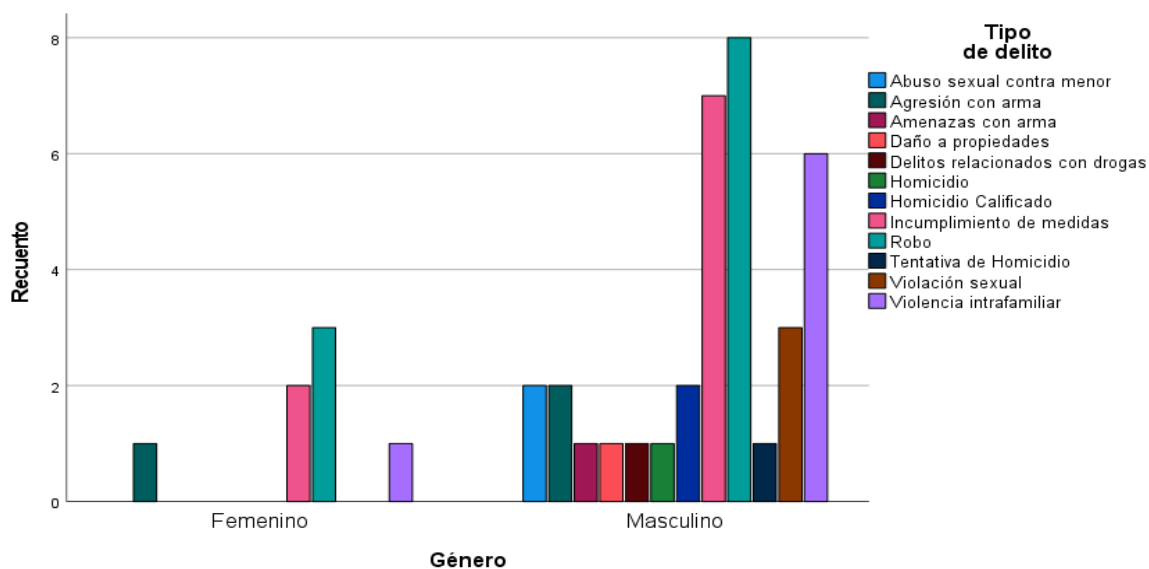
	N	%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.	13	28,3%
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	5	10,9%
F70-79 Retraso Mental	3	6,5%
Z073.1 Acentuación de rasgos de personalidad	2	4,3%
Z76.5 Enfermos Fingidos (simuladores conscientes)	1	2,2%

De acuerdo a los resultados obtenidos el diagnóstico F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas lo presentaba un 28,3%, el F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto un 10,9%, el F70-79 Retraso Mental un 6,5%, el Z073.1 Acentuación de rasgos de personalidad un 4,3% y el Z76.5 Enfermos Fingidos (simuladores conscientes) un 2,2% de la población.

*Nota: Un 47.8% de la población no tenía un segundo diagnóstico consignado en su expediente.*

**Figura 14**

*Distribución de la población por género y tipo de delito cometido previo a su ingreso a CAPEMCOL*

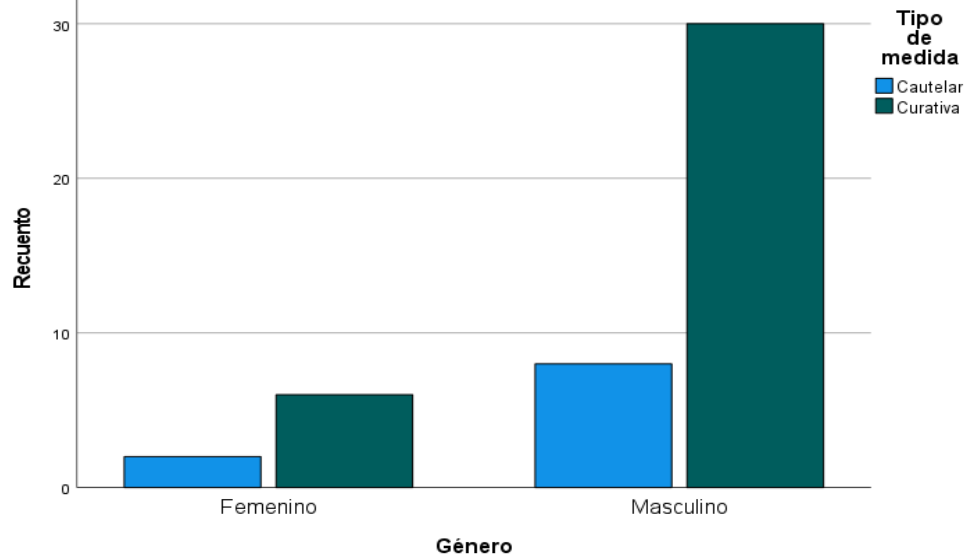


De acuerdo a los resultados obtenidos en la población femenina se encontró que 3 personas habían cometido el delito de robo, 2 incumplimientos de medidas, 1 violencia intrafamiliar y otra agresión con armas. En el caso de la población masculina 8 personas habían cometido el delito de robo, 7 incumplimiento de medidas, 6 violencia intrafamiliar, 3 el delito de violación sexual, 2 homicidio calificado, 2 agresión con armas, 1 amenazas con arma, 1 daño a propiedades, 1 delitos relacionados con drogas, 1 tentativa de homicidio y una persona cometió homicidio.



**Figura 15**

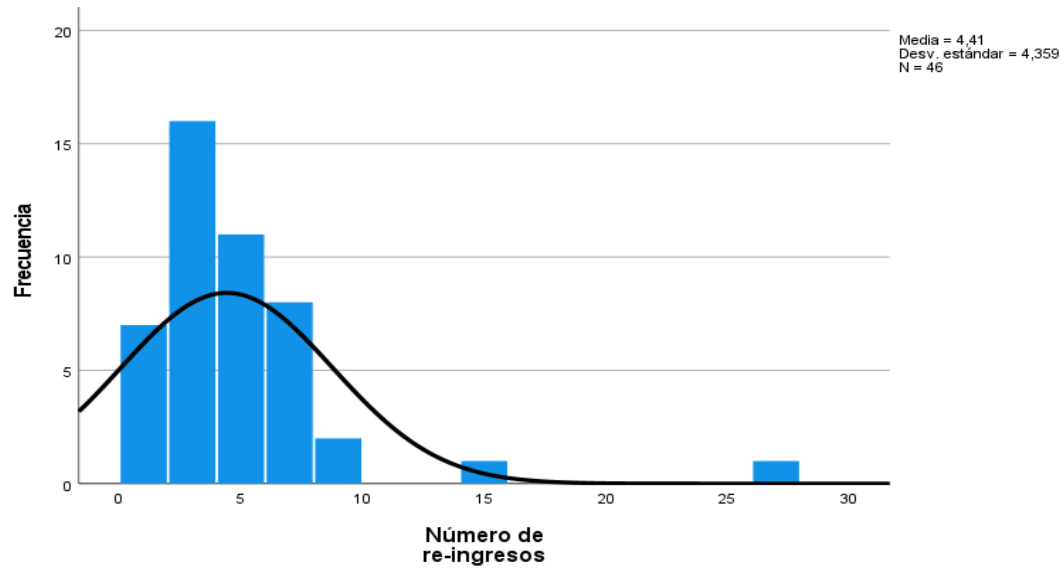
*Distribución de la población por género y tipo de medida*



Los resultados obtenidos reflejan que un 75% (6 personas) de la población femenina y 83.33% (30 personas) de la población masculina tenían una medida curativa. Mientras que el 25% (2 personas) de la población femenina y 16.67% (8 personas) de la población masculina tenían una medida cautelar.

**Figura 16**

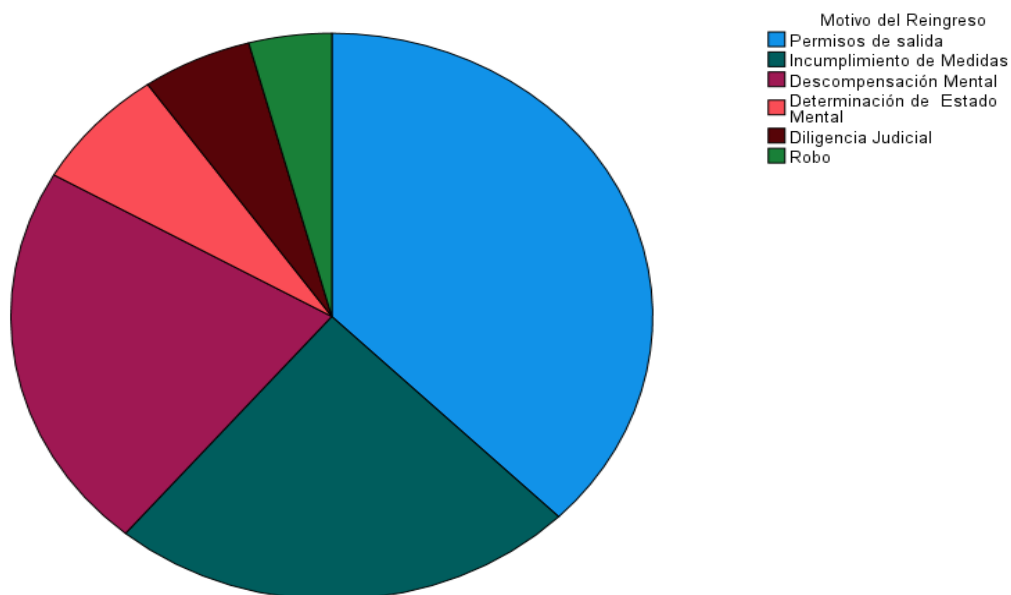
*Promedio y número de reingresos en la población*



De acuerdo con los datos obtenidos, la población tiene un promedio de 4 reingresos. 11 personas tenían 2 reingresos, 7 personas 1 y 4 reingresos respectivamente, 5 personas 3 y 6, 4 personas tenían 5 reingresos, 3 personas 7, 2 personas 9, 1 persona tenía 15 reingresos y una última persona 27 reingresos.

**Figura 17**

*Motivos de reingreso en CAPEMCOL*



De acuerdo a los resultados obtenidos el 58.7% de los reingresos fueron por permisos de salida, 37% por incumplimiento de medidas, 34.8% por descompensación mental, 10.9% por determinación de estado mental, 8.7% debido a diligencia judicial y 6.5% por el delito de robo.

**Tabla 12**

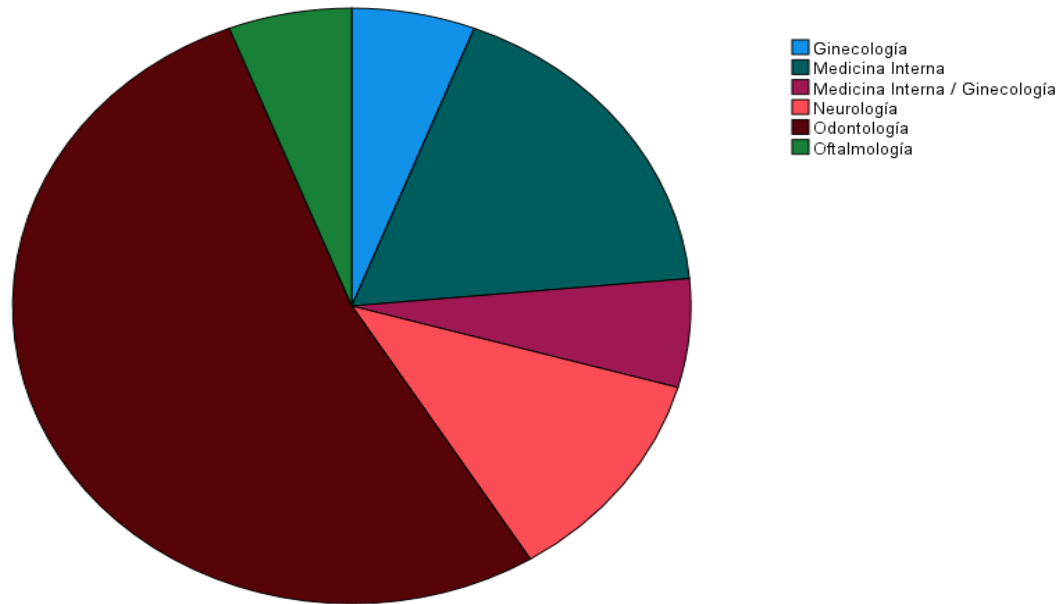
*Principales disciplinas en salud que brindaron seguimiento a la población durante el tiempo de hospitalización por reingreso*

	N	%
Psiquiatría	46	100%
Trabajo Social	42	91,3%
Psicología	37	80,4%
Medicina General	35	76,1%
Terapia Ocupacional	28	58,7%
Nutrición	15	32,6%
Farmacia	11	23,9%

Los resultados obtenidos respecto a la atención recibida por la población durante su estancia en hospitalización por su reingreso es que el 100% recibió seguimiento por psiquiatría, el 91.3% por trabajo social (valoración de redes de apoyo, coordinación con familiares, coordinación interinstitucional), 80.4% por psicología (evaluaciones psicodiagnósticas, psicoterapia individual y terapia de grupo), 32.6% por nutrición y 23.9% por farmacia.

**Figura 18**

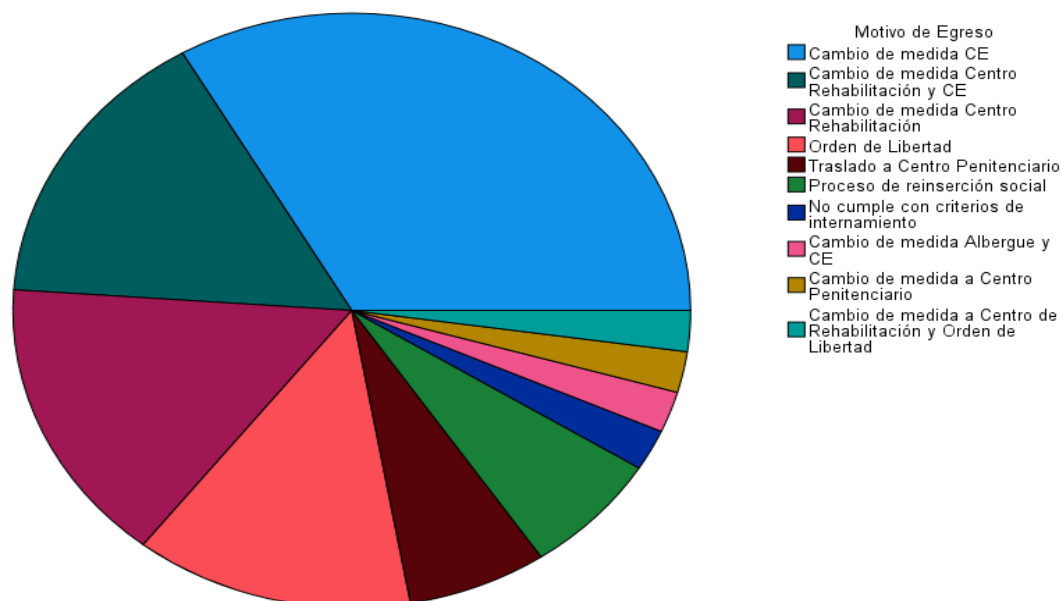
*Otras disciplinas en salud que brindaron seguimiento a la población durante el tiempo de hospitalización por reingreso*



Los datos obtenidos reflejan que un 19.6% de la población fue atendida por odontología, un 4.3% por neurología, un 2.2% por medicina interna, ginecología y oftalmología respectivamente.

**Figura 19**

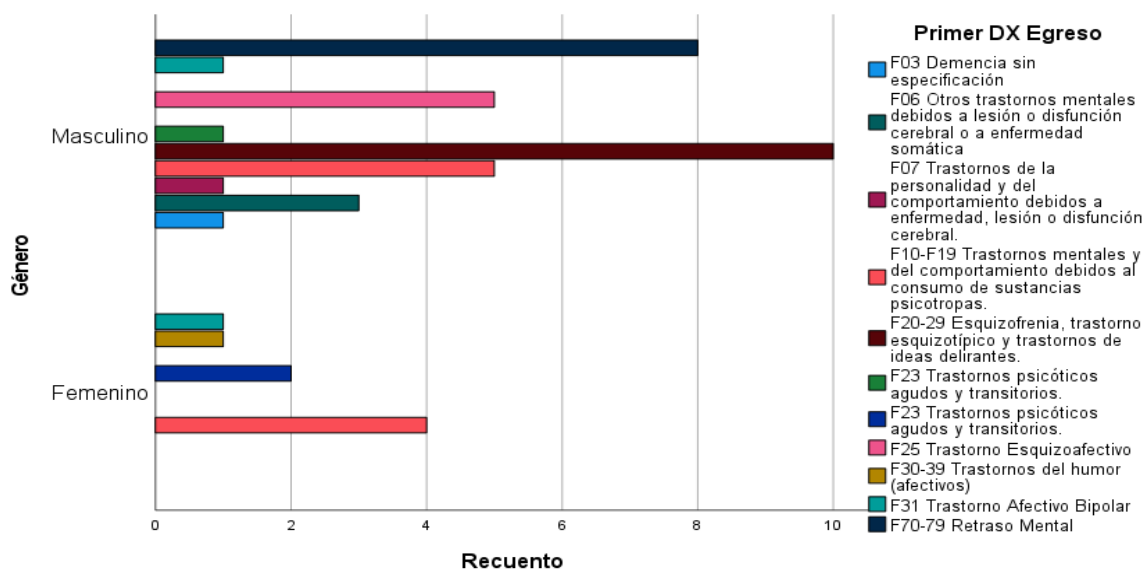
*Distribución de la población por motivo de egreso posterior al último reingreso*



Respecto al motivo de egreso posterior al último reingreso se evidenció que el 32.6% fue por cambio de medida CE, un 15.2% por cambio de medida centro rehabilitación, un 15.2% por cambio de medida centro rehabilitación y CE, 13% por orden de libertad, 6.5% por proceso de reinserción social (permisos al hogar), 6.5% por traslado a centro penitenciario, un 2.2% por Cambio de medida a Centro de Rehabilitación y Orden de Libertad, 2,2% por cambio de medida a centro penitenciario, un 2,2% por cambio de medida albergue y CE, un 2,2% por cambio de medida centro de rehabilitación y 2,2% debido a que no cumplía con criterios de internamiento.

**Figura 20**

*Distribución de la población por género y primer diagnóstico de egreso posterior a último reingreso*



De acuerdo a los resultados obtenidos en la población femenina 4 personas presentaban el diagnóstico F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, 2 personas el F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios, 1 persona F30-39 Trastornos del humor (afectivos) y 1 persona F31 Trastorno Afectivo Bipolar. En el caso de la población masculina 10 personas presentaban F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, 8 personas F70-79 Retraso Mental, 5 personas F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, 5 personas F25 Trastorno Esquizoafectivo, 2 personas F03 Demencia sin especificación, 3 personas F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática, 1 persona F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral, 1 personas F31 Trastorno Afectivo Bipolar.

*Nota: 2 personas de la población masculina no contaba con datos en su expediente médico respecto a primer diagnóstico de egreso posterior a su reingreso.*

**Tabla 13**

*Distribución de la población por segundo grupo diagnóstico de egreso posterior a último reingreso*

	N	%
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.	9	19,6%
F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.	5	10,9%
F70-79 Retraso Mental	5	10,9%
F00-09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos	1	2,2%
F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	1	2,2%

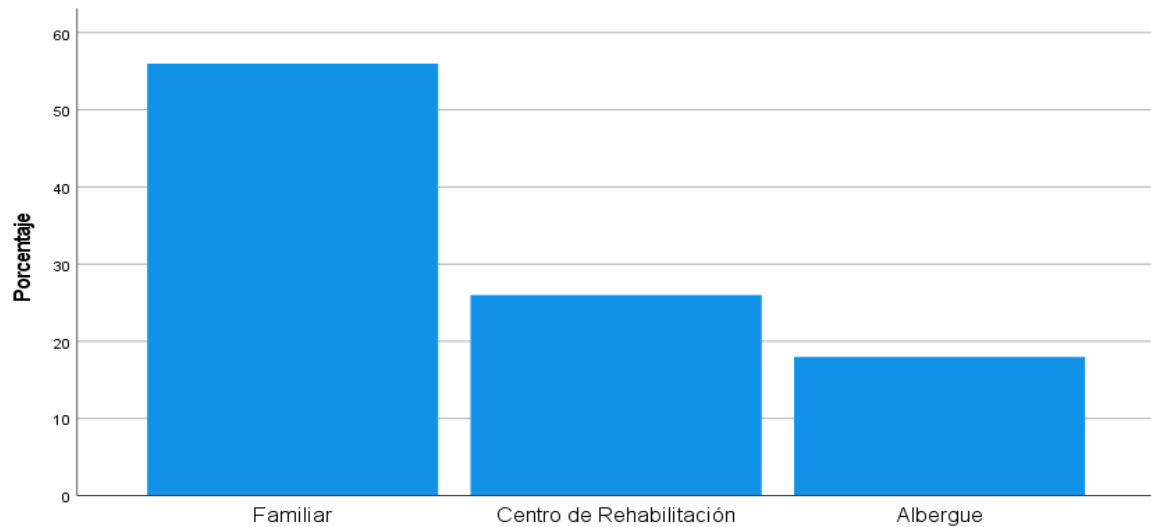
Los resultados obtenidos reflejan que el 19.6% de la población presentaba F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas, 10,9% F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, 10,9% F70-79 Retraso Mental, 2,2% F00-09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos y 2,2% F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

*Nota: El 54.3 % de la población no contaba con datos en su expediente médico respecto a segundo diagnóstico de egreso posterior a su reingreso.*



**Figura 21**

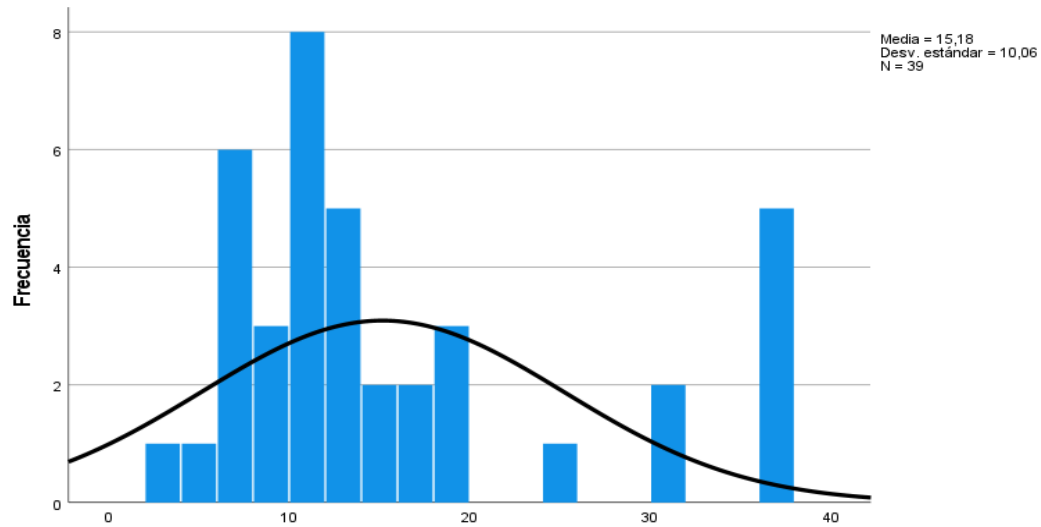
*Distribución de la población por tipo de red de apoyo*



Respecto al tipo de red de apoyo se encontró como hallazgo que el 56% de la población contaba con su familia como red de apoyo, un 26% con un centro de rehabilitación y un 18% con un Albergue. Aunque la mayor parte de la población contaba con apoyo familiar este era debilitado o bien, su familia no podía asumir el cuidado directo del paciente.

**Figura 22**

*Promedio de tiempo (meses) en egreso de la población al momento de la investigación*



Los resultados obtenidos reflejan que la población tenía en promedio 15 meses en egreso al momento de la investigación. Siendo 3 meses el menor tiempo en egreso y 36 meses el mayor tiempo en egreso.

*Nota: 6 personas de la población se encontraban en internamiento y 1 persona se encontraba en egreso por proceso de reinserción social (permiso al hogar) que fue extendido por pandemia COVID-19 al momento de la investigación.*

**Tabla 14**

*Distribución de la población por servicio y centro médico de seguimiento postegreso*

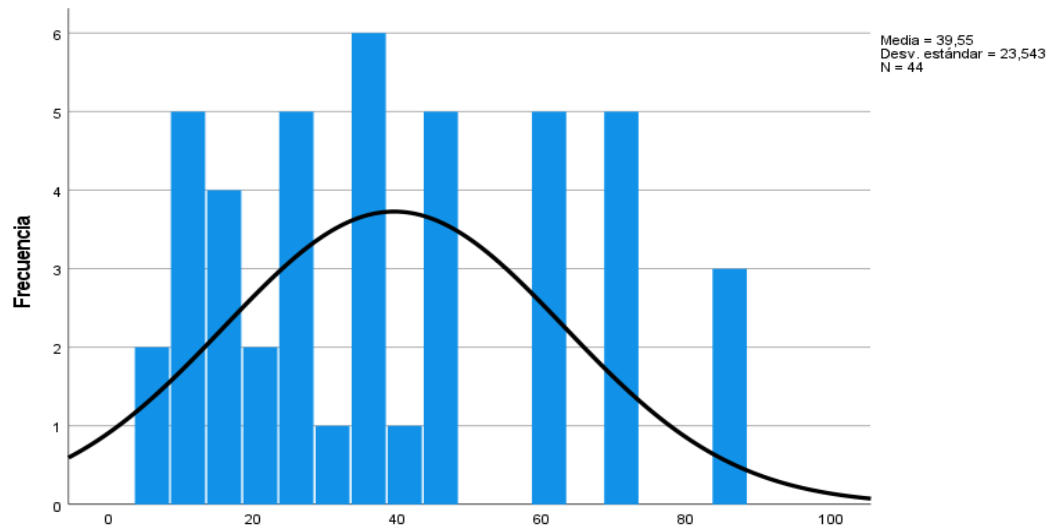
	N	%
Psiquiatría Comunitaria HNP	9	18,5%
CAPEMCOL	4	8,7%
Consulta Externa Área de Atracción	4	8,7%
Hospital Diurno HNP	2	4,3%
Consulta Externa HNP	1	2,2%
Hospital San Juan de Dios	1	2,2%

Los hallazgos sobre seguimiento posterior al egreso son que el 18.5% de la población tenía seguimiento por psiquiatría comunitaria HNP, un 8.7% por equipo interdisciplinario de CAPEMCOL, 8.7% por el Hospital Diurno HNP, 2.2% por consulta externa HNP y 2.2% en el Hospital San Juan de Dios.

*Nota: 47.8% de la población no contaba con datos en su expediente médico sobre seguimiento posterior a su egreso y un 2.2% no contaba con seguimiento posterior a su egreso.*

### Figura 23

*Promedio de tiempo(meses) transcurrido desde primer ingreso hasta último egreso en CAPEMCOL*



Los resultados obtenidos reflejan que la población tenía en promedio 39.55 meses desde su primer ingreso hasta el último egreso en CAPEMCOL. Siendo 6 meses el menor tiempo y 84 meses el mayor tiempo desde primer ingreso hasta último egreso en CAPEMCOL.

*Nota: 4 personas se encontraban hospitalizadas al momento de la investigación.*

## V. Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos, la población con reingresos en CAPEMCOL en su mayoría pertenece al género masculino (82.6%), superando en un 65,7% a la población femenina (17.4%).

Con una edad promedio de 34 años, de nacionalidad costarricense (95.7%), con estado civil soltero (89.1%), sin hijos (73.9%). Resalta que existe una diferencia entre la población femenina y masculina respecto a la tenencia de hijos, ya que las mujeres en su mayoría si tienen hijos (87.5%), mientras que la población masculina no los tiene (86.4%).

La mayor parte de la población (39.1%) tiene su domicilio en la provincia de San José, el nivel de escolaridad es de primaria incompleta (37%) y en el 87.5% de las mujeres y el 50% de los hombres tienen condición de desempleo.

Respecto a los antecedentes personales se evidencia que el 65.2% tiene antecedentes médicos, entre los que se encuentran padecimientos médicos como epilepsia, dislipidemia, hipertensión arterial, traumatismo craneoencefálico, diabetes mellitus, entre otros. Y el 82.6% cuenta con antecedentes psiquiátricos, dentro de los cuales se encuentra F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas, F70-79 Retraso Mental, F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios, F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto, F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática, F25 Trastornos Esquizoafectivos, F31 Trastorno Afectivo Bipolar y F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia respectivamente y F41 Otros trastornos de ansiedad y F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico respectivamente; aunado a lo anterior, el 63% tiene ingresos previos en el HNP.

Se evidencia además que el 69.6% de la población cuenta con antecedentes de trauma psicológico, siendo el trauma vincular el de mayor incidencia; la violencia intrafamiliar y abuso sexual son los eventos traumáticos de mayor prevalencia en la población.

En relación con los antecedentes de consumo de sustancias el 92.10% de la población masculina y el 87.5% de la femenina presentaba antecedentes de consumo, siendo la marihuana, el alcohol y cocaína las sustancias de mayor consumo por la población estudiada.

Por otro lado, un 54.6% de la población cuenta con antecedentes de conductas delictivas y se evidencia que el delito de robo y agresión física a terceros son los más frecuentes.

Respecto a la accesibilidad a seguro médico previo a su ingreso el 93,5% de la población cuenta con acceso a seguro médico, siendo el convenio CCSS-MJP y el régimen no contributivo, los tipos de seguro médico más frecuentes.

En relación al primer diagnóstico previo al reingreso, los grupos diagnósticos con mayor prevalencia en la población son F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (39.1%), F70-79 Retraso Mental (23.9%) y F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (16.4%). Como segundo diagnóstico previo al reingreso son F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (28,3%), el F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (10,9%), el F70-79 Retraso Mental (6,5%).

El tipo de delito con mayor incidencia en la población con reingresos en CAPEMCOL, tanto en el género masculino como el femenino, es el delito de robo (23.9%), seguido por el incumplimiento de medidas (19.6%) y violencia intrafamiliar (15.2%). Aunado a lo anterior, el tipo de medida que prevalece en la población con reingresos en CAPEMCOL es la medida de tipo curativa (78.3%).

Respecto al número de reingresos en la población estudiada se evidencia que el promedio es de 4 reingresos. Además que el motivo de reingreso con mayor frecuencia es debido a permisos de salida (58.7%) como parte de proceso de reinserción social, seguido por el incumplimiento de medidas (37%) y por último, debido a descompensación mental (34.8%).

Se evidencia que las disciplinas en salud que brindan seguimiento a la población durante su hospitalización por reingreso son psiquiatría (100%), trabajo social (91.3%), psicología (80.4%), nutrición (32.6%) y farmacia (23.9%); además de otras disciplinas como odontología, neurología, medicina interna, ginecología y oftalmología.

Por otro lado, el motivo de egreso (posterior a su último reingreso) con mayor incidencia en los pacientes es el cambio de medida al servicio de consulta externa (32.6%), seguido por cambio de medida a centro de rehabilitación (15,2%) o ambos (15,2%) y por orden de libertad (13%).

Respecto al primer diagnóstico de egreso posterior al último reingreso se evidencia una mayor prevalencia en la población femenina del diagnóstico F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas. En el caso de la población masculina del F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, seguido por F70-79 Retraso Mental. Y como segundo diagnóstico de egreso posterior al último reingreso se evidencia una mayor prevalencia en la población estudiada del F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas (19.6%), F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (10,9%) y F70-79 Retraso Mental (10.9%).

En relación con el tipo de red de apoyo con la que cuenta la población se encontró que es la familiar (56%) la que presenta una mayor frecuencia, sin embargo en muchos casos se encontraba debilitada o no podían asumir el cuidado del paciente.

Se evidencia también que el promedio de tiempo en egreso de la población al momento de la presente investigación es de 15 meses. Además que el 18,5% de la población en egreso tiene seguimiento por psiquiatría comunitaria del HNP, 8.7% por CAPEMCO y otro 8.7% por CE de su área de atracción.

El promedio de tiempo transcurrido desde el primer ingreso hasta el último egreso en CAPEMCO es de 39 meses (3 años aproximadamente), siendo 6 meses el período más corto y 84 meses (7 años) el más extenso.

Por último, los resultados obtenidos evidencian que la población con reingresos en CAPEMCO ha estado inmersa desde etapas tempranas de su vida en ambientes familiares y sociales que no han brindado la contención y protección necesaria. Son personas que han estado expuestas situaciones de violencia y desigualdad ante el limitado apoyo psicosocial que recibieron a lo largo de su vida, teniendo pocas oportunidades de estudio, así como limitadas oportunidad a un empleo digno, lo cual dificultó la posibilidad de contar con una

buena calidad vida; todo lo anterior probablemente asociado al desconocimiento de las limitaciones cognitivas que presentaban, ya que a pesar de detectarse antecedentes psiquiátricos en la mayor parte de la población, dentro de estos no se encontró la discapacidad intelectual como uno de ellos, por lo que su diagnóstico probablemente fue tardío. Y es que aunque la mayor parte de la población contaba con seguro social, este era otorgado por un convenio interinstitucional al momento de su reingreso, con lo descrito anteriormente es muy probable que tampoco tuvieran acceso al sistema de salud para dar seguimiento de forma ambulatoria a sus padecimientos físicos y mentales, o bien contar con un diagnóstico temprano y así poder brindar un tratamiento y acompañamiento preventivo; pero por otro lado sí se evidencia un fácil acceso en su entorno social a sustancias psicoactivas. Dichas limitaciones a nivel cognitivo, emocional y social colocan a esta población en una situación de vulnerabilidad psicosocial que debería ser objeto de abordaje como parte de su proceso de rehabilitación y reinserción social; proceso que de acuerdo a la revisión de expedientes realizada, no está ampliamente descrito y consignado en la historia clínica del paciente, siendo este el pilar para brindar un ambiente de igualdad de oportunidades y protección a su vulnerabilidad con el objetivo de que puedan mejorar su calidad de vida y de esta forma prevenir futuros reingresos a la institución, por lo que es muy necesario estudiar y plantear la posibilidad de ofrecer otros tipos de abordaje que vayan más allá del modelo biomédico. Y es que aunque la medicación y hospitalización son fundamentales para el proceso de compensación mental del paciente, estos no deben ser el único tratamiento que se le pueda ofrecer a la población, por lo que se considera pertinente la creación de medidas alternativas a la hospitalización, las cuales potencien la independencia, individualidad y mejoren la calidad de vida del paciente posterior a su compensación mental.

### **Recomendaciones**

Resulta importante llevar a cabo nuevas investigaciones que tomen en cuenta la experiencia de la población de CAPEMCOL y sus familias; así como la experiencia clínica del equipo tratante y la de las diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales que forman parte del proceso de tratamiento y reinserción social de los pacientes de CAPEMCOL, con miras a que se puedan fortalecer y/o proponer nuevos ejes de intervención que permitan mejorar tanto el proceso de tratamiento como de reinserción social.



Debido a la presencia de patología dual en la población estudiada es primordial ampliar y fortalecer el abordaje de la misma desde su ingreso a CAPEMCOL. Aunado a esto, la mayor parte de la población cuenta con antecedentes de trauma psicológico, se recomienda incluirlo como uno de los objetivos de abordaje durante su proceso de hospitalización y seguimiento durante su proceso de reinserción social.

Se recomienda realizar un trabajo interdisciplinar en el abordaje familiar e interinstitucional, pues se evidencia que este tipo de intervención es realizada principalmente por la disciplina de trabajo social. Así como la realización de programas psicoeducativos, desde el enfoque de las diferentes disciplinas e instituciones implicadas, sobre la patología y el manejo de esta, así como la adherencia al tratamiento y prevención de recaídas en el consumo de sustancias, entre otros.

Y son los puntos anteriores los que reflejan la importancia de que las autoridades correspondientes realicen un estudio que permita evidenciar la una necesidad real de aumentar el personal especializado para poder realizar un abordaje interdisciplinario en todos los contextos del paciente.

La inclusión de los pacientes en programas de empleabilidad y educación permitiría que los pacientes tengan una mejor calidad de vida al egreso de CAPEMCOL, por lo que implementar este tipo de programas sería de gran beneficio para la población, así como la protocolización del proceso de rehabilitación y reinserción social.

Por último, en futuras investigaciones se recomienda ampliar el período de años de estudio y realizarlo en la población que cuente con medida de seguimiento ambulatorio, con el objetivo de analizar la efectividad del abordaje que se ofrece a la población con problemas mentales y en conflicto con la ley.

## Referencias Bibliográficas

- Asamblea Legislativa (2017). *Proyecto de Ley Atención de las Personas con Enfermedad Mental en Conflicto con la Ley*: La Gaceta, San José, Costa Rica.
- Burgos, A. (2005). La medida de seguridad en Costa Rica. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*, 22 (1), 79-98.
- Código Penal. Ley N° 4573. Art. 42, 43, 97,101,102. 4 de mayo de 1970. (Costa Rica)
- Código Procesal Penal. Ley N° 7594. Art. 86, 485, 487. 10 de abril 1996. (Costa Rica)
- Centro de Información Jurídica en Línea. (2012). *La imputabilidad disminuida*. <https://cijulenlinea.ucr.ac.cr/2012/la-imputabilidad-disminuida/#:~:text=El%20presente%20informe%20de%20investigaci%C3%B3n,penal%20como%20lo%20son%20la>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1991). *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*. Recuperado de: <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
- Geller MP, (1982). The revolving door. A trap or a life style? *Hospital Community Psychiatry*, (33), 388-389.
- Gobierno de la República. (2019). *CCSS dará un giro a la atención de personas con enfermedades mentales en conflicto con la ley*. <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2019/12/ccss-dara-un-giro-a-la-atencion-de-personas-con-enfermedades-mentales-en-conflicto-con-la-ley/>
- Gómez, G., Ruiz, R., Sánchez, V., Segovia, A., Mendoza, C. y Arellano, S. (2010). Hipotiroidismo. *Med Int Mex*, 26(5), 462-47. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2010/mim105g.pdf>

- Gutiérrez J. (2013). *Perfil de los pacientes ingresados por causas judiciales en el Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica durante los años 2009 al 2010*. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Harbottle, F. (2016). La imputabilidad disminuida: una categoría problemática del derecho penal. *Revista de estudios de la justicia*. 25, 40.
- Hierro, J. y Abed, G. (2009). *Colostomías*. [Archivo PDF] <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tnueve.pdf>
- Kerlinger, F.N. & Lee, H.B. (2002). *Investigación del Comportamiento*. (4ta edición). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Linares, I. (2002). *Estudio Evolutivo de pacientes con ingresos múltiples en psiquiatría*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Matarrita, A. (2018). La Medida de Seguridad curativa como respuesta del Estado ante el fenómeno criminal. ( Tesis Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.
- Montt, M. & Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 39(2), 110-120. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272001000200003>
- Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médica. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. (4ta Edición). Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).
- Organización Mundial de la Salud (2008). Trenčín statement on prisons and mental health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108575/E91402.pdf>

Poder Judicial. (2009). *Voto de la Sala Constitucional exp.08-013518-007-CO, resolución No. 004555-2009*. San José, Costa Rica.

Rodríguez, M. (1991). *Reseña Histórica Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres*.  
<https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/141/doc42.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sanabria, R. (1993). *Las medidas de seguridad*. San José: Editorial Escuela Judicial.

**Anexos****ANEXO #1****Formulario de Recolección de Datos****Código:** \_\_\_\_\_**Edad:****Sexo:** 0 hombre 1 Mujer**Estado civil:** 0 soltero / 1 casado / 2 divorciado / 3 unión libre / 4 separado / 5 viudo**Residencia:** \_\_\_\_\_**Diagnósticos anteriores al reingreso:** \_\_\_\_\_**Diagnóstico de Egreso:** F\_\_\_\_\_ Trastorno: \_\_\_\_\_

**Tipo de delito:** 1 homicidio / 2 abusos deshonestos y violaciones sexuales  
3 violencia intrafamiliar / 4 robo / 5 delitos relacionados con drogas / 6 incumplimiento de medidas.

**Antecedentes de conductas delictivas en infancia y adolescencia:**

\_\_\_\_\_

**Ocupación:** 0 desempleado / 1 con ocupación previa al internamiento / 2 pensionado

Nivel de escolaridad: 0 sin estudios / 1 primaria incompleta / 2 secundaria incompleta / 3 primaria completa / 4 secundaria completa / 5 estudios técnicos / 6 estudios superiores

**Tipo de medida:** 0 cautelar / 1 curativa

**Recursos de apoyo:** 0 sin recursos de apoyo / 1 con recursos de apoyo familiares / 2 con recursos de apoyo sociales (comunidad, gubernamental), descripción

---

**Consumo de sustancias:** 0 sin antecedentes de consumo sustancias previo al internamiento  
1 con antecedentes de consumo de sustancias.

**Tipo de sustancia:** 1 cocaína / 2 marihuana / 3 alcohol / 4 crack / 5 Otros.

**Seguro Social:** 0 No / 1 Sí

**Tipo de seguro:** 1 Asegurado Directo / 2 Asegurado por un familiar / 3 Asegurado por el estado.

**Seguimiento Médico:** 0 No / 1 Sí

**Tipo de Seguimiento:** 0 Público / 1 Privado

**Tipo de atención en seguimiento:** 1 psiquiatría / 2 psicología / 3 Trabajo Social / 4 medicina general / 5 medicina especializada (especialidad \_\_\_\_\_)

**Antecedentes personales Clínicos:** 0 No cuenta con antecedentes / 1 Antecedentes médicos y quirúrgicos / 2 Antecedentes psiquiátricos.

Tipo de antecedente médico y quirúrgico: \_\_\_\_\_

Tipo de antecedente psiquiátrico: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de historia de trauma:** 0 sin historia de trauma / 1 Antecedentes de trauma en la infancia / 2 Antecedentes de trauma en la adolescencia.

**Tipo de trauma:**

- Tipo I
- Tipo II
- Trauma Mixto

**Número de Reingresos:** \_\_\_\_\_

**Estancia de Internamiento:** \_\_\_\_\_ días

**Tiempo de Egreso:** \_\_\_\_\_ días

**Antecedentes médicos y quirúrgicos:** \_\_\_\_\_

**Antecedentes psiquiátricos:** \_\_\_\_\_