

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO PENAL



**CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD EN EL ENFERMO
MENTAL Y LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL PROCESO
PENAL GUATEMALTECO**

LICENCIADA

JÉSSICA IVONNE JIMÉNEZ SANDOVAL

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2024

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN DERECHO PENAL

**CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD EN EL ENFERMO MENTAL
Y LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL PROCESO PENAL GUATEMALTECO**



TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por la Licenciada

JÉSSICA IVONNE JIMÉNEZ SANDOVAL

Tutora

DRA. MARTA LIDIA NIJ PATZÁN

Previo a conferírsele el Grado Académico de

MAESTRA EN DERECHO PENAL

(*Magister Scientiae*)

Guatemala, octubre de 2024

**HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

DECANO:	M. Sc.	Henry Manuel Arriaga Contreras
VOCAL I:		Vacante
VOCAL II:	Lic.	Rodolfo Barahona Jácome
VOCAL III:	Lic.	Helmer Rolando Reyes García
VOCAL IV:	Lic.	Javier Eduardo Sarmiento Cabrera
VOCAL V:	Br.	Gustavo Adolfo Oroxom Aguilar
SECRETARIO:	Lic.	Wilfredo Eliú Ramos Leonor

CONSEJO ACADÉMICO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DECANO:	M. Sc.	Henry Manuel Arriaga Contreras
DIRECTOR:	Dr.	Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
VOCAL:	Dr.	Carlos Estuardo Gálvez Barrios
VOCAL:	Dra.	Herminia Isabel Campos Pérez
VOCAL:	Dr.	William Enrique López Morataya

TRIBUNAL EXAMINADOR

PRESIDENTE:	Dr.	Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
VOCAL:	Dr.	Erick Noe Lopez Garcia
SECRETARIO:	Dr.	Carlos Alberto Solórzano Rivera

RAZÓN: «El autor es el propietario de sus derechos de autor con respecto a la tesis sustentada». (Artículo 5 del Normativo de Tesis de Maestría y Doctorado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Estudios de Posgrado).

Dra. Marta Lidia Nij Patzán
Doctora en Derecho
Abogada y Notaria
Cel. 31334439
martalidia01@gmail.com

Guatemala, lunes 13 de mayo de 2023

Dr. Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
Director de la Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Ciudad de Guatemala

Estimado Dr. Cáceres Rodríguez:

En forma atenta y respetuosa me dirijo a usted, deseándole toda clase de éxitos en sus funciones y actividades diarias; asimismo, cumpla con informarle que, en cumplimiento de la normativa respectiva, he revisado el trabajo de tesis elaborado por la Licenciada **JESSICA IVONNE JIMÉNEZ SANDOVAL**, titulada “**CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD EN EL ENFERMO MENTAL Y LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL PROCESO PENAL GUATEMALTECO**”, según nombramiento recaído en mi persona mediante Resolución RES. D.E.E.P. D. P. 01-2018, de fecha doce de enero de dos mil dieciocho.

De lo expuesto, me permito informar que dicho trabajo, ha cumplido con las revisiones y correcciones pertinentes. Es un tema en donde se determina violación de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental y de aquellos que se les sigue un proceso penal, al no tener acceso a atención médica y por ausencia de médicos psiquiatras, psicólogos y otros, en los centros de detención privativa de libertad o de detención, también se violentan los derechos y garantías procesales (del debido proceso); esto se deriva a la falta de presupuesto ajustado a las necesidades actuales y de legislación especial, de acuerdo a los estándares internacionales. Tema propicio para ser discutido en el examen privado de tesis.

Considero que llena los requisitos pertinentes en cuanto a su presentación y en consecuencia al emitir mi dictamen lo hago en sentido favorable, a efecto de que la **Licenciada Jiménez Sandoval**, continúe con el trámite correspondiente previo a optar al Grado Académico de Maestra en Derecho Penal.

Muy atentamente,



Dra. Marta Lidia Nij Patzán
Doctora en Derecho
Abogada y Notaria





USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Guatemala, 7 de septiembre de 2024

Doctor:

Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
Director de la Escuela de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
-USAC-

Distinguido doctor Cáceres Rodríguez:

Con base en su solicitud expresa en la carta a mi persona con fecha treinta y uno de agosto de dos mil veinticuatro, en donde se me pide dictamen gramatical; asimismo, según los Artículos 7, 9 y 21 del Normativo de Tesis de Maestría y Doctorado de la Escuela de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Le informo que la licenciada: **JÉSSICA IVONNE JIMÉNEZ SANDOVAL**, de la **Maestría en Derecho Penal**, ha realizado las correcciones y recomendaciones de ortografía, redacción y estilo, a su trabajo de tesis, cuyo título final es: **CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD EN EL ENFERMO MENTAL Y LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL PROCESO PENAL GUATEMALTECO**.

Asimismo, manifiesto que se ha utilizado un léxico adecuado a los requerimientos de una investigación científica, que llene las exigencias de la técnica jurídica y los principios exegéticos y hermenéuticos de la ciencia del Derecho. Esto, en consonancia con las normas, consideraciones y recomendaciones de la Real Academia Española, para utilizar el lenguaje, tecnicismos y neologismos de manera actualizada y como primera fuente teleológica idónea, para el conocimiento.

Dicho trabajo, presenta las partes requeridas en el instrumento legal *supra* anotado, según lo establece la Escuela de Estudios de Posgrado. De esta forma, la sustentante ha referido con el modelo de latino de citas a pie de página, las fuentes bibliográficas, para dejar los créditos de las teorías que han fundamentado la investigación.



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADOS

La metodología, técnicas y doctrinas que la estudiante y su parte tutora presentaron, fueron respetadas en su totalidad y ningún planteamiento fue conculcado, para mantener el fundamento teórico original del documento presentado.

De esta manera se procedió con la revisión, exclusivamente en lo que corresponde a la gramática, ortografía, redacción y estilo, para comprobar que el cuerpo capitular contenga los requerimientos y extensión mínimos; con ello, se adecuó la diagramación pertinente y se cotejó el índice, los títulos, subtítulos, la parte conceptual introductoria y la conclusión, según los enlaces externos que se describen en la bibliografía consultada.

En virtud de lo anterior, se emite: **DICTAMEN FAVORABLE**, a efecto de continuar con el trámite correspondiente.

Cordialmente.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. William Enrique López Morataya
Revisor de Gramática
Ced. 6144



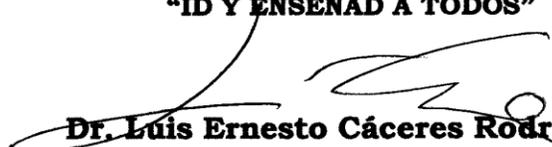
USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

D.E.E.P. ORDEN DE IMPRESIÓN

LA ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Guatemala, 23 de septiembre del año dos mil veinticuatro.-----

En vista de que la Licenciada Jéssica Ivonne Jiménez Sandoval, aprobó el examen privado de Tesis en la **Maestría en Derecho Penal** lo cual consta en el acta número 90-2024 suscrita por el Tribunal Examinador y habiéndose cumplido con la revisión gramatical, se autoriza la impresión de Tesis titulada **“CAUSAS DE INIMPUTABILIDAD EN EL ENFERMO MENTAL Y LA PSIQUIATRÍA FORENSE EN EL PROCESO PENAL GUATEMALTECO”**. Previo a realizar el acto de investidura de conformidad con lo establecido en el Artículo 21 del Normativo de Tesis de Maestría y Doctorado.-----

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Dr. Luis Ernesto Cáceres Rodríguez
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Escuela de Estudio de Postgrado, Edificio S-5 Segundo Nivel. Teléfono: 2418-8409

DEDICATORIA

A DIOS:

Fuente de vida, amor y sabiduría inagotable, quien sembró en mi mente y corazón el deseo de superarme, dándome la oportunidad y dicha de llegar a este momento.

A MIS PADRES:

Jorge Oliverio Jiménez y Adela Sandoval de Jiménez, por darme la vida, amor y todo su apoyo para lograr mis sueños. Un beso al cielo, “papa Koke”.

A MI ESPOSO:

Dr. Jorge Mario Chávez Rivera, por todo su amor y ayuda incondicional a lo largo de nuestra vida juntos, para lograr mis sueños y metas, asimismo, ser un ejemplo de dedicación y profesionalismo.

A MIS HIJAS:

Dra. Kimberly Ivonne y Dra. Karla Jazmin, por ser la motivación para alcanzar mis metas y mi más grande orgullo, por ser unas excelentes hijas y por el amor, la dedicación, esfuerzo diario para sus pacientes.

A MIS HERMANAS:

Karla Jeannette y Evelyn Jazmín, por ser mis amigas, consejeras y mi apoyo incondicional a lo largo del camino de la vida.

A MIS AMIGOS:

Dra. Martita Nij, Lcda. Ivonne Godoy, Dr. Alberto Rivera, Lic. Augusto Bonilla Lic. Eduardo Rivera, Dr. Omar Barrios Fortuny, por su cariño y amistad y ayuda, para alcanzar esta meta.

A: La Tricentenario Universidad de San Carlos de Guatemala, por abrirme sus puertas a la Educación Superior.

A: La Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, por enseñarme los conocimientos necesarios para mi vida profesional.

A: La Escuela de Estudios de Postgrado, de la cual me siento muy honrada de pertenecer y darme la oportunidad de seguir superándome y lograr mis sueños y metas.

A: Todas las personas que me apoyaron para llegar a este momento.



ÍNDICE

Introducción.....	i
-------------------	---

CAPÍTULO I

1. El sistema de salud mental en Guatemala	1
1.1. Cobertura y condiciones de servicios de salud mental en Guatemala	1
1.2. Antecedentes de la psiquiatría científica para la salud mental en Guatemala	23
1.3. Salud y trastorno mental	27
1.3.1. Concepto de salud y trastorno mentales	27
1.3.2. Clases o especies de enfermedad mental	30
1.3.3. Trastorno mental permanente y transitorio	32
1.3.4. Factores que provocan enfermedades mentales	35
1.3.5. La salud mental en situación de conflicto armado	38

CAPÍTULO II

2. El enfermo mental en el proceso penal	45
2.1. Escuelas penales	45
2.2. Presupuestos de la responsabilidad penal	46
2.2.1. Presupuesto objetivo	46
2.2.2. Presupuesto subjetivo	49
2.3. La psiquiatría forense en el campo penal	52
2.3.1. Conceptos de la psiquiatría forense	52
2.3.2. Objetivos clínicos de la psiquiatría forense	54
2.4. Aspectos históricos de la medicina forense psiquiátrica	55
2.5. Ámbitos de actuación de la psiquiatría forense, psiquiatría legal y psiquiatría criminalística	56
2.6. Principales funciones de la psiquiatría en relación con las ciencias penales y la investigación criminal	57
2.6.1. Función de ciencia auxiliar	57
2.6.2. Función pericial, que es la propiamente forense	58



2.6.3. Función de asesoría de las partes	60
2.6.4. Función de apoyo de expertos a la investigación criminal	60
2.6.5. Función de integración a la investigación criminológica	61
2.6.6. Función asistencial a los asegurados y a la población penal	62
2.7. La prueba pericial psiquiátrica	63
2.7.1. Aspectos históricos de la prueba pericial psiquiátrica	63
2.7.2. Objetivo e indicaciones de la prueba pericial psiquiátrica	63
2.7.3. Ámbito de aplicación de la prueba pericial psiquiátrica	64
2.7.4. Partes estructurales del informe psiquiátrico forense	66

CAPÍTULO III

3. Las medidas seguridad como instrumento jurídico para el control del enfermo mental	69
3.1. Un acercamiento histórico de las medidas de seguridad	69
3.2. Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad.....	72
3.3. Diferencias entre las medidas de seguridad y las penas	73
3.4. Conceptualización de las medidas de seguridad	74
3.5. Características de las medidas de seguridad	76
3.6. Presupuestos de las medidas de seguridad	77
3.7. Principios en que se sustentan las medidas de seguridad.....	78
3.8. Tipos o clases de medidas de seguridad	79
3.9. Monismo, dualismo y sistema vicarial en el sistema penal	82
3.10. Derecho de defensa del enfermo mental en el proceso penal	86
3.11. Juicio para la aplicación exclusiva de medidas de seguridad y corrección del enfermo mental	91

CAPÍTULO IV

4. Los derechos humanos del sujeto enfermo mental	95
4.1. Situación mundial de la salud mental	95



4.2. La carga económica de los enfermos mentales	97
4.3. Estigma y violaciones de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental	98
4.4. Principales instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos relacionados a los derechos de las personas con enfermedad mental	100
4.4.1. Aspectos históricos de la prueba pericial psiquiátrica	101
4.5. Principales estándares internacionales de derechos humanos aplicables a la salud mental	113
4.6. Estándares técnicos	117
4.7. Estándares Técnicos de la OMS	119
4.7.1. Diez Principios Básicos de la Legislación de Atención en Salud Mental	119
4.7.2. Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales (1994)	120
4.7.3. Los Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Suspensión del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Principios de Siracusa)	120
4.8. Organizaciones internacionales relacionadas a los derechos humanos de los enfermos mentales	122
4.9. Aspectos de salud mental en Guatemala, El Salvador y Nicaragua	129

CAPÍTULO V

5. Análisis de resultados de encuestas a funcionarios o empleados de instituciones estatales	135
CONCLUSIÓN	153
BIBLIOGRAFÍA	157



INTRODUCCIÓN

Es oportuno indicar que, en el presente trabajo de investigación denominado *Causas de inimputabilidad en el enfermo mental y la psiquiatría forense en el proceso penal guatemalteco*, se plantea la pregunta central: ¿se violentan los derechos humanos del sujeto enfermo mental en el proceso penal?

Se tiene como objetivo general, establecer la existencia de la transgresión a los derechos humanos en el enjuiciamiento del sujeto enfermo mental, derivado que la capacidad procesal es el presupuesto propio para tal efecto. Además, de los objetivos específicos se plantean los siguientes: definir qué es enfermedad mental permanente y enfermedad mental transitoria; determinar si procede el enjuiciamiento del sujeto enfermo mental; establecer que el enfermo mental no tiene la capacidad cognoscitiva (conciencia), y su capacidad volitiva (voluntad), al momento de la comisión de un ilícito (acción u omisión); determinar que existe estigmatización y discriminación del enfermo mental en el sistema de justicia penal; y, verificar si los derechos humanos del enfermo mental son transgredidos en el enjuiciamiento penal.

De esta manera, se tiene como hipótesis, la respuesta a la pregunta central: «los derechos humanos del enfermo mental en el proceso penal, sí son violentados como persona, por estar privado de su capacidad cognoscitiva (conciencia) y su capacidad volitiva (voluntad) al momento de la comisión de un ilícito y las consecuencias de un proceso penal; la carencia de atención médica-psiquiátrica en los centros de detención, la falta de centros de atención especializados para adultos y menores enfermos mentales para su cuidado y tratamiento, el cumplimiento de condena o prisión



preventiva, la escasa revisión de las medidas de seguridad que dieron origen al internamiento y la ausencia de programas de reinserción social, demuestran la violación sistemática de los derechos humanos de los enfermos mentales en el proceso penal».

El trabajo de tesis está compuesto de cinco capítulos: el capítulo uno, trata el tema del sistema de salud mental en Guatemala; el capítulo dos, aborda el tema del enfermo mental en el proceso penal; el capítulo tres, describe las medidas seguridad como instrumento jurídico para el control del enfermo mental; el capítulo cinco, aborda los derechos humanos del sujeto enfermo mental; y, en el capítulo cinco, se ofrece un análisis de resultados de encuestas a funcionarios o empleados de las instituciones estatales.

Se utilizó el método inductivo y el cualitativo; como técnica e instrumento, la encuesta; y como sujetos de investigación, operadores de justicia, es decir, abogados de instituciones del Estado, jueces, Procuraduría de los Derechos Humanos-Defensoría de Discapacidad, relator de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles Inhumanos o Degradantes, asimismo, la psiquiatra forense.

Como resultado de este trabajo investigativo, la hipótesis planteada quedó comprobada, toda vez que el ordenamiento jurídico guatemalteco que protege los derechos humanos de personas con discapacidad mental, no cumple con los estándares internacionales en materia de salud mental, haciendo que esta situación no sólo impida a esta población el pleno goce de sus garantías y libertades



fundamentales, sino, que también se traduce en todo tipo de abusos y violaciones graves y sistemáticas de sus derechos humanos.

Asimismo, quedó demostrado que a las personas con discapacidad mental en internamiento o privadas de libertad, cuando a estas se les sigue un proceso penal, además de transgredirles sus derechos humanos, se les violentan los principios y garantías procesales de un debido proceso, toda vez que no existe atención médica en los centros de detención o de privación de libertad, previo a un proceso penal, al no existir médicos psiquiatras, psicólogos, etc., para evaluar su estado de salud mental previo a un proceso penal, aunado a esto, no existe un presupuesto ajustado a las necesidades, para construir hospitales, con recursos humanos especialistas, equipo médico, tecnológico, etc., para darles seguimiento y atención digna a esta población vulnerable, para su curación y reinserción social.

Este trabajo se propone coadyuvar para que se reconozca y actualice en nuestra legislación la atención primaria en salud mental, conforme los estándares internacionales de los derechos humanos de los enfermos mentales en proceso penal, ya que la falta de acciones implica que sean vulnerables, estigmatizados, discriminados y hasta criminalizados y, en consecuencia, esta población vulnerable no goza de sus derechos sociales, económicos, culturales y ambientales en un estado de bienestar físico, mental y social.



CAPÍTULO I

1. El sistema de salud mental en Guatemala

1.1. Cobertura y condiciones de servicios de salud mental en Guatemala

Guatemala es un país pluricultural, multiétnico y multilingüe, se compone de una superficie de 108928 km². El territorio nacional de la República de Guatemala se encuentra dividido política y administrativamente en 22 departamentos y 340 municipios al año 2018.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la proyección de población para ese mismo año es de 17.3 millones de habitantes de los cuales, el 51.1 % son mujeres y 48.9 son hombres. El 44.62 % de la población reside en el área urbana y el 55.48 % en el área rural. Se registra una tasa de crecimiento demográfico de 2.34 % al 2015; asimismo, “registra una tasa de fecundidad de 2.8 y natalidad de 2.6%. En el 2016 se registraron más de 390 mil nacimientos y la esperanza de vida es de 72.5 años”.¹

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano 2015/2016, “el índice de desarrollo humano se incrementó en un 17% de 2000 a 2014, posicionándose en este último año en un desarrollo humano medio con un valor de 0,492. Finalmente se presenta el Índice de Percepción de la Corrupción, en donde Guatemala se posicionó en el puesto 143/180 con 28 puntos”.²

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Plan Estratégico Institucional 2018-2031**. Pág. 17.

² **Ibid.**



Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Un sistema de salud engloba a todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo las actividades encaminadas a mejorar la salud”.³ Según esta definición, al referirse al sistema de salud en Guatemala se incluye “a nivel local comunidades y aldeas, en donde existen personas individuales que sin utilizar las formalidades de la medicina occidental también prestan servicios de salud con y sin remuneración”.⁴

Se entiende por sistema de salud como “la respuesta de una sociedad que, –ante su contexto social y condiciones de salud–, construye estructuras heterogéneas, dinámicas y cambiantes, cuyas interrelaciones resultan en la organización y asignación de funciones y recursos, además en la generación de conocimientos, conceptos, instrumentos, acciones y prácticas que tienen como propósito promover, mantener o restablecer la salud”.⁵

Con los Acuerdos de Paz surge el nuevo sistema de salud en Guatemala, “Sistema Integral de Atención en Salud con el fin de mejorar la calidad de la atención y mejorar la cobertura en salud”.⁶ Con este sistema se promueve “la descentralización de los servicios y una estructuración de los servicios, en sus componentes se encuentran las medidas de prevención y aspectos del medio ambiente y educación, mejoramiento de la vivienda”.⁷

³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Diagnóstico Nacional de la Salud**. Pág. 119

⁴ **Ibid.**

⁵ Hernández Mack, Lucrecia. **Sistema de Salud. Marco conceptual. El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos? Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- Guatemala, enero 2007**. Pág. 12.

⁶ **Ibid.**

⁷ **Ibid.**



De ello deriva que la salud integral: “es una respuesta institucional a la compleja problemática de salud-enfermedad que presentan los y las guatemaltecas, en tal sentido para que el concepto de integralidad se cumpla, es necesario incorporar la salud mental a las acciones de salud general del país”.⁸

El sistema de salud en Guatemala está compuesto “por dos sectores, público y privado. El primero comprende al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), que cubre a 70% de la población, y al Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a 18% de la población. Sanidad Militar del Ministerio de Defensa y Gobernación ofrecen servicios de salud a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía, respectivamente. El sector privado incluye organizaciones de la sociedad civil y/o religiosas que operan sin fines de lucro, además de prestadores diversos con fines lucrativos”.⁹

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) estima que “la cobertura de estas últimas cerca de 18%. El MSPAS se financia con recursos provenientes de ingresos fiscales del Estado, de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas recibidas por los servicios prestados”.¹⁰ Mientras tanto, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) sus recursos los obtiene de “las cotizaciones que pagan los afiliados, los patrones o empleadores y el Estado. Alrededor de 92% del sector privado funciona con base en pagos de bolsillo, mientras que sólo la población perteneciente a los dos quintiles más ricos y

⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Op. Cit.** Pág. 13.

⁹ Becerril-Montekio, Víctor, López Dávila Luís. **Sistema de salud en Guatemala.** Pág. 2.

¹⁰ **Ibid.**



predominantemente urbanos tiene acceso a planes privados de salud”.¹¹ En cuanto a la Sanidad Militar tiene sus propios hospitales y enfermerías para dar atención a sus beneficiarios. “De igual manera, el sector privado provee servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados”.¹²

De tal cuenta que el sistema de salud comprende “el conjunto de instrumentos sociales (legislación, organizaciones y tecnologías) que se encargan de movilizar recursos para transformarlos en servicios de salud, guiados por políticas e información acerca de las necesidades de salud y sobre el desempeño del propio sistema”.¹³

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), “la población proyectada para el 2018 es de 17, 311,085 personas, siendo 8, 841,097 mujeres (51.1%) y 8, 469,989 hombres (48.9%). Guatemala sigue manteniendo una base ancha, un 58.76% de la población es menor de 25 años;”¹⁴ de esa cuenta “para el quinquenio 2020-2025, la esperanza de vida al nacer es de 73.57 años (70.1 hombres y 77.2 mujeres). La Tasa de crecimiento poblacional se sitúa para el 2015 en 2.34%”.¹⁵

Los problemas de salud mental en Guatemala no se conocen a profundidad, “se presentan como una mezcla de sufrimientos psicosociales colectivos, derivados no sólo de los problemas propios de la enfermedad mental, sino de una serie de eventos traumatizantes a los que se ha visto expuesta la población guatemalteca, consistentes en pobreza, marginalidad, desastres naturales, violencia producida por el conflicto

¹¹ **Ibid.**

¹² **Ibid.**

¹³ Hernández Mack, Lucrecia. **Op. Cit.** Pág. 15.

¹⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Plan Estratégico Institucional 2018-2031. Op. Cit.** Pág.

16.

¹⁵ **Ibid.**



armado interno y una situación de creciente inseguridad, violencia social, cultural e intrafamiliar que actualmente resultan ser los problemas más graves a tratar, por la sociedad guatemalteca, con un carácter intersectorial”.¹⁶

El tratamiento psiquiátrico de los problemas de salud Mental en Guatemala “se ha centralizado el servicio en el Hospital Nacional de Salud Mental, que ofrece los servicios de consulta externa y hospitalización de agudos y crónicos, se ubica en la capital del país y absorbe la mayoría del presupuesto destinado a la salud mental. Los equipos humanos que atienden dichas instituciones están compuestos por psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeros”.¹⁷

Los recursos humanos con que cuenta el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en servicio a la salud mental, “son insuficientes y están ubicados centralizadamente en el área urbana”.¹⁸ El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social “tiene una cobertura del 20% de la población nacional, sólo atiende a población trabajadora afiliada al régimen de seguridad social. Con servicio de Hospital de día, Programa de atención diurna, Rehabilitación del alcoholismo”.¹⁹

Debido a ello, se determina que no se ha avanzado en la descentralización ni en el proceso de modernización de los servicios de salud mental por la concentración urbana, cuya centralización del servicio está en la capital, con cobertura insuficiente en el área rural y con un enfoque dirigido solamente a tratar la enfermedad, tal como se ilustra en el cuadro siguiente:

¹⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Política de Salud Mental 2007-2015**. Pág. 21

¹⁷ **Ibid.** Pág. 25

¹⁸ **Ibid.** Pág. 26

¹⁹ **Ibid.**



Ubicación	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeras (OS)
Guatemala	40	42	162
Áreas de salud en el interior del país	1	20	0
Hospitales en el interior	4	-----	----
Seis áreas de salud no cuentan con personal de salud mental: El Progreso, Sacatepéquez, Totonicapán, Jalapa, Jutiapa, Izabal, Petén Sur-Occidente	-----	-----	----
Hospital de salud mental en el IGSS	18	3	26
Red de servicios del IGSS: No hay información al respecto.	----	-----	----
Total	63	65	188

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Mental. Política de Salud Mental 2007-2015.²⁰

El Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala 2011 desarrolla los siguientes componentes, los cuales cabe destacar:

1. De cantidad total de recursos humanos en atención de salud mental “trabajan en establecimientos de salud mental o práctica privada por cada 100,000 habitantes es de 10.7. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 0.6 psiquiatra, 0.1 otros médicos (no especializados en psiquiatría), 1.4 enfermeros, 7 psicólogos, 0.1 trabajadores sociales, 1 terapeutas ocupacionales, 0.4 otro profesional de la salud o la salud mental (incluyendo personal auxiliar, personal de atención primaria de salud que no es médico, asistentes de salud, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y para profesionales)”.²¹

²⁰ **Ibid.** Págs. 26-27.

²¹ Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala 2011.** Pág. 10.



2. De los psiquiatras, “seis por ciento (6%) trabajan solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno, el 53% trabajan solamente para ONG, para establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, en tanto que el 41% trabajan para ambos sectores. En relación con los psicólogos, el 22% trabajan solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno, 44% trabajan solamente para ONG, para establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, en tanto que 34% trabajan para ambos sectores”.²²
3. Del lugar de trabajo, “18 psiquiatras trabajan en establecimientos ambulatorios, 2 en unidades psiquiátricas de hospitales generales y 20 en hospitales psiquiátricos. En cuanto a otros médicos, no especializados en salud mental, cinco trabajan en establecimientos ambulatorios, ninguno en unidades psiquiátricas en hospitales generales y cinco en hospitales psiquiátricos. En relación con los enfermeros, 10 trabajan en establecimientos ambulatorios, 8 en unidades psiquiátricas en hospitales generales y 170 en hospitales psiquiátricos”.²³
4. De los psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, “40 laboran en establecimientos ambulatorios, 4 en unidades psiquiátricas en hospitales generales y 20 en hospitales psiquiátricos”.²⁴
5. De dotación de personal en establecimientos de salud mental, “existen 0.33 psiquiatras por cama en unidades psiquiátricas en hospitales generales, en

²² **Ibid.**

²³ **Ibid.**

²⁴ **Ibid.**



comparación con 0.05 psiquiatras por cama en hospitales psiquiátricos. Con respecto a los enfermeros, existen 0.9 enfermeros por cama en unidades psiquiátricas en hospitales generales, en comparación con 0.46 por cama en hospitales psiquiátricos. Por último, para otro personal de salud mental (por ejemplo, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, otro personal de salud o salud mental), existen 0.44 por cama para unidades psiquiátricas en hospitales generales y 0.05 por cama en hospitales psiquiátricos”.²⁵

6. Del financiamiento de los servicios de salud mental se establece que “menos del 1% de los egresos en atención de salud a nivel gubernamental, por parte del Ministerio de Salud están dirigidos a la salud mental. La casi totalidad del presupuesto de salud mental (96%) se deriva al gasto de los hospitales psiquiátricos, el 4% restante se dedica a labores de prevención, promoción y rehabilitación”.²⁶ Asimismo, “el 13% de la población tiene acceso gratuito (en por lo menos 80%) a medicamentos psicotrópicos esenciales, lo que evidencia un avance importante, aunque aún insuficiente. Aunque todos los trastornos mentales y problemas de salud mental están cubiertos en los planes de seguro social, solo una proporción muy pequeña de la población (menos del 15%), están afiliados al mismo”.²⁷
7. De la organización de los servicios de salud mental especifica que “el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), es el organismo técnico-normativo que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental. El

²⁵ **Ibid.**

²⁶ **Ibid.** Pág. 1.

²⁷ **Ibid.**



Programa Nacional de Salud Mental también está involucrado en la planificación de los servicios; sin embargo, no tiene injerencia en el manejo y coordinación, ni en el monitoreo de los servicios de salud mental y tiene una limitada asignación de recursos, que se traduce en la contratación de tres profesionales a tiempo completo”.²⁸

8. De los establecimientos de salud mental ambulatorios, “existen 40 establecimientos disponibles en el país, de los cuales únicamente uno está dedicado al tratamiento exclusivo para niños y adolescentes. Estos establecimientos brindan atención aproximadamente a 363 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. De todos los usuarios atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios, el 58% son mujeres y 14% son niños y adolescentes. Los usuarios atendidos son diagnosticados, principalmente con trastornos neuróticos y somatomorfos (54%) y trastornos afectivos (24%). Se estima que únicamente el 8% de los establecimientos ambulatorios proporcionan atención de seguimiento en la comunidad, y el mismo porcentaje corresponde a los servicios que tienen equipos móviles de personal de salud mental”.²⁹
9. De los establecimientos de tratamiento diurno, “existe una unidad (UTD) disponible en el país, que atiende exclusivamente a población adulta”.³⁰
10. De las unidades psiquiátricas en hospitales generales, “existen dos unidades disponibles en el país para un total de 0.06 camas por 100,000 habitantes. Ninguna

²⁸ **Ibid.** Pág. 3

²⁹ **Ibid.**

³⁰ **Ibid.**



de estas camas está reservada solo para niños y adolescentes. El 67% de las admisiones en unidades psiquiátricas en hospitales generales son de mujeres y únicamente el 17% son de niños/adolescentes. Los diagnósticos de las admisiones correspondían principalmente a los dos siguientes grupos: esquizofrenia (28%) y trastornos afectivos (17%). Las unidades contaban por lo menos con un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos)".³¹

11. De los establecimientos residenciales comunitarios, "se localizaron 11 disponibles en el país para un total de aproximadamente 160 camas / espacios por cada 100,000 habitantes; ninguna de estas camas está reservada exclusivamente, para niños y adolescentes. El 67% de los usuarios atendidos en estos establecimientos son mujeres y, únicamente el 9% son niños. La cantidad de usuarios en establecimientos residenciales comunitarios corresponde a 0.9 por cada 100,000 habitantes".³²

12. De los hospitales psiquiátricos disponibles en el país, se registran "un total de 3 que en conjunto aportan 2.6 camas por cada 100,000 habitantes; se registra un hospital psiquiátrico nuevo que pertenece al sector privado lo que representa un aumento de 10% de camas psiquiátricas en los últimos cinco años. El 66% de estos establecimientos están organizacionalmente integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. Ninguna de estas camas en hospitales psiquiátricos

³¹ **Ibid.** Págs. 3 y 4

³² **Ibid.** Pág. 4



está reservada solo para niños y adolescentes. Los pacientes admitidos en hospitales psiquiátricos pertenecen principalmente a los dos siguientes grupos de diagnóstico: esquizofrenia (51%) y trastornos afectivos (18%), para una cantidad total de pacientes de 1,303 lo que corresponde a una tasa de 9.3 por cada 100.000 habitantes. El 22% de pacientes pasaron 1-4 años, el 21% de 5-10 años y el 33% de pacientes pasaron más de 10 años en hospitales psiquiátricos.”.³³ “El 100% de estos servicios tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos)”.³⁴

13. De los establecimientos forenses y otros establecimientos residenciales, “además de las camas en los establecimientos de salud mental, también hay 36 camas para personas con trastornos mentales en la unidad hospitalaria forense del Hospital Nacional de Salud Mental, lo que corresponde a 0.26 por 100,000 habitantes. Adicionalmente, existen 220 camas en establecimientos residenciales para personas con retardo mental y 200 camas en establecimientos de desintoxicación”.³⁵

14. De los diagnósticos, varía de acuerdo con el establecimiento: “en los establecimientos ambulatorios los trastornos neuróticos y la esquizofrenia son más prevalentes, en las unidades psiquiátricas en hospitales generales los diagnósticos de esquizofrenia y trastornos afectivos son los más frecuentes y en los hospitales

³³ **Ibid.**

³⁴ **Ibid.**

³⁵ **Ibid.**



psiquiátricos los diagnósticos de esquizofrenia y trastornos afectivos son los más frecuentes”.³⁶

15. De la capacitación en atención de salud mental para el personal de atención primaria, “únicamente el 4% de la formación para los médicos está dedicado a salud mental, esto es porque la Universidad estatal (USAC), incluye ahora un espacio de entrenamiento que antes no existía y únicamente el 3% de la formación para enfermeros corresponde a salud mental”.³⁷ En relación con la capacitación de actualización, “solamente el 2% de médicos de atención primaria de salud ha recibido por lo menos dos días de capacitación de actualización en salud mental, en tanto que para enfermeros corresponde el 4%. Se desconocen los porcentajes correspondientes al personal de atención de la salud primaria que no es médico, ni enfermero”.³⁸
16. De la salud mental en la atención primaria de salud, “existen tanto clínicas de atención primaria de salud que cuentan con un médico, como clínicas de atención primaria de salud que no cuentan con un médico”.³⁹

Al sistema de salud en Guatemala se le clasifica internacionalmente como un sistema “fragmentado y segmentado”.⁴⁰ Es fragmentado porque “existen muchos tipos de proveedores de servicios de salud, sin que necesariamente se coordinen y trabajen bajo objetivos comunes”. Es así como existen fragmentos llamados también

³⁶ **Ibid.** Pág. 6

³⁷ **Ibid.** Pág. 8

³⁸ **Ibid.**

³⁹ **Ibid.**

⁴⁰ Alianza por el Acceso Universal a la Salud. ACCESA. **El Acceso Universal a la Salud. Algunos elementos para la discusión.** Pág. 11



“subsistemas: el público, el privado, el comunitario y las prácticas poblacionales de salud. El subsistema público incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a Sanidad Militar, al Hospital de la Policía Nacional Civil y servicios de instituciones públicas como el Banco de Guatemala, las municipalidades, y otros;”⁴¹ de cuyas instituciones trabajan en descoordinación y sin objetivos comunes.

El acceso universal a la salud se traduce como “la posibilidad que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, con la debida calidad y sin importar su condición socioeconómica, etnia, lugar de habitación, preferencia sexual, religión o cultura”.⁴² Además, es preciso resaltar “que para el acceso a dichos servicios no se tenga que realizar ningún pago monetario, o en especie, que ponga en peligro la estabilidad financiera de los hogares (o que inicie o profundice una situación de pobreza ya existente)”.⁴³

Del concepto citado se infiere que lleva implícito el reconocimiento que “la salud es un derecho humano, y por lo tanto es una responsabilidad del Estado”,⁴⁴ lo que conlleva establecer que la salud es un elemento fundamental del desarrollo social y económico, toda vez que permite que las personas tengan las condiciones necesarias para aprender, comunicarse, relacionarse y producir, y con esto lograr sus aspiraciones y proyectos propuestos.

⁴¹ **Ibid.**

⁴² **Ibid.** Pág. 9.

⁴³ **Ibid.**

⁴⁴ **Ibid.**



De esa cuenta, las personas con discapacidad mental o psicosocial se encuentran dentro de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, toda vez que no se cumplen con los estándares internacionales en materia de salud mental, haciendo que esta situación no solo impida el pleno goce de sus garantías y libertades fundamentales, sino que también se traduce en todo tipo de abusos y violaciones graves y sistemáticas de sus derechos humanos.

Ello, porque las personas en estas circunstancias son internadas en instituciones psiquiátricas en contra de su voluntad y sin que medie un procedimiento judicial, quedando abandonadas por años, y hasta de por vida, en condiciones inhumanas; esto a pesar de que la protección que se otorga a este sector poblacional a nivel internacional y regional ha ido evolucionando, lo que puede verificarse que tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), han formulado diversos instrumentos jurídicos que se deben utilizar como base para transformar la realidad de las personas con discapacidad mental, de los que se pueden mencionar los siguientes:

- La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos; estos instrumentos reconocen los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de todos los seres humanos, los que son la base para la elaboración de otros instrumentos en materia de salud mental y atención a las personas con discapacidad mental.



- En la Declaración sobre los Derechos del Retrasado Mental, se verifica que utiliza un vocablo *per se* discriminatorio. Este constituye uno de los primeros instrumentos en la materia que reconoce que las personas con discapacidad mental tienen los mismos derechos que otros seres humanos, además, que estos no pueden ser restringidos arbitrariamente.
- La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, que en sí protege la salud física y mental de las personas con discapacidad mental que se encuentran bajo la protección estatal, además, estipula que la falta de recursos financieros y profesionales no constituye una excusa para el trato inhumano y degradante de ser humano alguno.
- La Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que hace énfasis en el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, siendo la piedra angular en torno a que los recursos, tratamientos, atención y servicios prestados deben girar a este sector de la población. Esta promueve el nuevo modelo comunitario y social, en el que todos los servicios deben prestarse integrados y basados en la comunidad.
- Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental establecen las formas y procedimientos, bajo los cuales se evalúa a los sistemas de salud mental nacionales y se consideran las directrices internacionales más completas y detalladas en la materia.
- Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, si bien únicamente constituyen directrices no vinculantes, para



garantizar los derechos y libertades fundamentales previstos en los tratados relacionados con las personas con discapacidad, su importancia radica en que promueven la participación que deben tener las personas con discapacidad y sus familias en la elaboración, seguimiento, supervisión y ejecución de planes, programas, políticas, servicios, leyes y todo lo relacionado con estos temas.

- Las Guías de la OMS para la Promoción de los Derechos de las Personas con Trastornos Mentales (1996) que proponen lineamientos esenciales que tienden a evaluar los programas estatales en materia de salud mental, poniendo atención en los derechos de las personas con discapacidad mental institucionalizadas.
- La Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad constituye el primer tratado regional que reconoce, promueve y protege los derechos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad e insiste lo relacionado a la integración e inclusión social.
- La Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental, relacionada sobre la emisión de recomendaciones en torno a la protección de los derechos de las personas con discapacidad mental, por parte de las autoridades, las familias y las mismas personas con discapacidad.
- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación, constituye la guía comparativa a nivel internacional, lo que permite estudiar la realidad y abordajes en la materia en distintos países.



- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se considera que es el primer tratado de derechos humanos del siglo XXI, reconoce en forma expresa y puntualiza todos los derechos humanos que en igualdad, deben gozar las personas con discapacidad física, mental, intelectual y sensorial. Esta convención constituye un cambio de paradigma y es medular, pasa de un modelo médico-asistencialista al modelo social de derechos humanos, al reconocer su igualdad como personas ante la ley y su plena capacidad jurídica; la toma de conciencia social; los derechos a la accesibilidad, a la justicia, libertad y seguridad; la libertad de desplazamiento; el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad; la libertad de expresión y de opinión; y los derechos a la educación, la salud, el trabajo, el empleo, y a la participación en la vida política y pública, entre otros.
- Resolución CD47.R1 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La discapacidad: Prevención y Rehabilitación en el Contexto del Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental y Otros Derechos Relacionados. Esta contiene Recomendaciones dirigidas a los Estados Parte de la Organización de Estados Americanos (OEA) respecto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las directrices se destacan la creación de programas comunitarios de rehabilitación, así como la incorporación de diversas organizaciones representativas de las personas con discapacidad mental en la elaboración de estrategias, planes y programas.

Estos instrumentos internacionales y regionales que abordan el tema de la salud mental son herramientas que promueven el reconocimiento, respeto y acceso efectivo



al goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad mental o psicosocial y de las personas usuarias de los servicios de salud mental, en condiciones de igualdad con las demás personas.

En Guatemala existe un marco jurídico que da cuenta de la responsabilidad, obligaciones y funciones del Estado en materia de salud y bienestar de la población guatemalteca, esto es para comprender el contexto legal en donde se podría apuntar la presente política, que tendría que especificar sobre la salud mental, de los que se resaltan los siguientes:

a) Constitución Política de la República de Guatemala, regula lo relativo a la salud, en los siguientes aspectos:

“Artículo 51. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social. (...)

Artículo 53. Minusválidos. El Estado garantiza la protección de los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Se declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad. La ley regulará esta materia y creará los organismos técnicos y ejecutores que sean necesarios. (...)

Artículo 56. Acciones contra causas de desintegración familiar. Se declara de interés social, las acciones contra el alcoholismo, la drogadicción y otras causas de



desintegración familiar. El Estado deberá tomar las medidas de prevención, tratamiento y rehabilitación adecuadas para hacer efectivas dichas acciones, por el bienestar del individuo, la familia y la sociedad. (...)

Artículo 58. Identidad cultural. Se reconoce el derecho de las personas y de las comunidades a su identidad cultural de acuerdo con sus valores, su lengua y sus costumbres. (...)

Artículo 66. Protección a grupos étnicos. Guatemala está formada por diversos grupos étnicos entre los que figuran los grupos indígenas de ascendencia maya. El Estado reconoce, respeta y promueve sus formas de vida, costumbres, tradiciones, formas de organización social, el uso del traje indígena en hombres y mujeres, idiomas y dialectos. (...)

Artículo 93. Derecho a la Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94. Obligación del Estado, sobre la salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. (...)

Artículo 98. Participación de las comunidades en programas de salud. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud”.



b) Ley y Reglamento de Descentralización (Decreto No. 14- 2002) (Acuerdo Gubernativo No. 312-2002)

“Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto desarrollar el deber constitucional del Estado, de promover en forma sistemática la descentralización económica administrativa, para lograr un adecuado desarrollo del país, en forma progresiva y regulada para trasladar las competencias administrativas, económicas, políticas y sociales del Organismo Ejecutivo, al municipio y demás instituciones del Estado.

Artículo 2. Concepto de Descentralizar. Se entiende por descentralización el proceso mediante el cual se transfiere desde el Organismo Ejecutivo a las municipalidades y demás instituciones del Estado y a las comunidades organizadas legalmente, con participación de las municipalidades, el poder de decisión, la titularidad de la competencia, las funciones, los recursos de financiamiento para la aplicación de las políticas públicas nacionales, a través de la implementación de políticas municipales y locales en el marco de la más amplia participación de los ciudadanos en la administración pública, priorización y ejecución de obras, organización y prestación de servicios públicos, así como el ejercicio del control social sobre la gestión gubernamental y el uso de los recursos del Estado. (...)

Artículo 7. Prioridades. Sin perjuicio del traslado integral de las competencias administrativas, económicas, políticas y sociales al municipio y demás instituciones del Estado, prioritariamente se llevará a cabo la descentralización de las competencias gubernamentales en las áreas de: 1. Educación, 2. Salud y Asistencia Social, 3. Seguridad Ciudadana, 4. Ambiente y Recursos Naturales, 5. Agricultura, 6.



Comunicaciones, Infraestructura y Vivienda. 7. Economía; y 8. Cultura, Recreación y Deporte”.

c) Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar. (Decreto No. 97-96)

“**Artículo 1.** Violencia Intrafamiliar. La violencia intrafamiliar, constituye una violación a los derechos humanos y para los efectos de la presente ley, debe entenderse como cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como en el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o ex cónyuge o con cualquiera con quien se haya procreado hijos o hijas. (...)

Artículo 7. De las Medidas de Seguridad. (...) b) Ordenar la asistencia obligatoria a instituciones con programas terapéutico-educativos, creados para ese fin. (...)

Artículo 13. Ente asesor (...) La Procuraduría General de la Nación (...) 4) Recomendará la modificación de los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, inclusive el diseño de programas de educación formales e informales, apropiados para todos los niveles del proceso educativo, con el fin de contrarrestar prejuicios, costumbres y todo tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad de cualquiera de los géneros o en los estereotipos para el hombre y la mujer, que legitiman o exacerban la violencia contra las personas”.



d) Código de Salud de Guatemala

“**Artículo 1.** Del Derecho a la Salud. Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna.

Artículo 2. Definición. La salud es un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social. (...)

Artículo 4. (Reformado por el Artículo 1 del Decreto Número 53-2003, del Congreso de la República) Obligación del Estado. El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales, entidades descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. (...)

Artículo 6. Información sobre salud y servicios. Todos los habitantes tienen en relación con su salud, el derecho al respeto a su persona, dignidad humana e intimidad, secreto profesional y a ser informados en términos comprensibles sobre los riesgos relacionados con la pérdida de la salud y la enfermedad y los servicios a los cuales tienen derecho. (...)



Artículo 40. Salud Mental. El Ministerio de Salud y las demás instituciones del sector dentro de su ámbito de competencia, velará por la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud mental, a nivel del individuo, la familia y la sociedad, a través de la red comunitaria e institucional, dentro del marco de atención primaria de salud y privilegiando los enfoques de atención ambulatoria”.

En tal sentido, el trabajo de la salud mental no es terreno exclusivo del sector salud, ya que implica un proceso intersectorial en el que participen todos los actores comprometidos con el bienestar de la sociedad guatemalteca, debiendo existir enfoques integrales de salud, desde lo biológico, psicológico, social del individuo, en interacción con su ambiente natural y cultural, para ampliar los horizontes de la intervención del proceso salud, enfermedad mental de los individuos, familias, grupos y comunidades, utilizando metodologías, desde las diferentes culturas de las poblaciones a las que se dirija, con su plena participación.

1.2. Antecedentes de la psiquiatría científica para la salud mental en Guatemala

A la llegada de los españoles en el siglo XVI, “Centroamérica estaba habitada por grupos indígenas entre los que se destacaban los mayas que ocupaban los territorios de México, Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador, cuya existencia se remonta a 2,500 años A.C. y su ocaso se da alrededor de 800 años d. C.”.⁴⁵

De los conocimientos avanzados que los mayas tenían en astronomía, arquitectura, aritmética, geometría, botánica, medicina, etc., se advierte que, “ellos consideraban

⁴⁵ Reyes Ticas, Jesús Américo. **Momentos históricos de la psiquiatría de Centroamérica y República dominicana en la perspectiva de la Asociación Centroamericana de psiquiatría.** Pág. 9.



que las enfermedades eran causadas por alguien, por malos vientos, por no haber ofrendado a los dioses los sacrificios y las oraciones y por no haber observado de manera apropiada el ritual de la vida”.⁴⁶

El tratamiento que proporcionaban los hechiceros y sacerdotes a las enfermedades mentales era “a través de influencias mágico-religiosas, realizaban el diagnóstico, igual que ahora, practicando interrogatorios y después ejecutaban rituales terapéuticos y si no daban resultado se les proporcionaban brebajes y plantas medicinales”.⁴⁷

Se determina que la psiquiatría científica en Centroamérica y el Caribe es muy reciente, basta citar que “el primer hospital psiquiátrico del mundo se fundó en Valencia, España por fray Gelabert Jofré en el año de 1409 y en México el Hospital San Hipólito por Bernardino Álvarez en 1567; mientras en Centroamérica se tuvo que esperar varios siglos para que se fundaran los primeros hospitales para dementes. Desde la psiquiatría mágica de los mayas hasta los comienzos de la psiquiatría científica hay un silencio de once siglos, de tal manera que damos el salto al siglo XIX”.⁴⁸

En la era contemporánea se destacan las primeras acciones en atención a los enfermos mentales de Guatemala, Costa Rica y El Salvador; específicamente Guatemala “en 1857 da comienzo el cuidado de los dementes y con retardo mental al fundarse la “Casa de la Misericordia” y en 1890 el “Asilo de Dementes”.⁴⁹

⁴⁶ **Ibid.**

⁴⁷ **Ibid.**

⁴⁸ **Ibid.** Pág. 11.

⁴⁹ **Ibid.**



Es importante tener presente que, detrás de los hechos históricos de la atención del enfermo mental, están los líderes que abrieron camino para la psiquiatría e hicieron frente a la tarea difícil de la atención al enfermo mental, especialmente cuando “la sociedad consideraba a la locura como producto de actos de embrujos y a los portadores de ella eran víctimas del rechazo, burla y encierro. Tampoco fue fácil introducir la enseñanza de la psiquiatría en la curricula de Medicina”.⁵⁰

Se destaca como pionero de la psiquiatría en Guatemala “al Dr. Carlos Federico Mora y al Dr. Miguel Francisco Molina, el primero fungió como Director del ‘Hospital Psiquiátrico Nacional’ (1923-1927) y fundador de la cátedra de psiquiatría en la Universidad y de la Asociación Psiquiátrica de Guatemala y el segundo como Director del “Asilo de Alienados” (1931-1948)”.⁵¹ (sic)

Entre otros datos biográficos del Dr. Carlos Federico Mora Portillo, se resaltan los siguientes: “Nació en la ciudad de Quetzaltenango el 28 de julio de 1889. Sus padres fueron el Dr. Enecón Mora y la Sra. Angela Portillo de Mora. Realizó sus estudios primarios en su ciudad natal y se graduó como bachiller en ciencias y letras del Instituto Nacional Central en la ciudad de Guatemala en 1909. Estudió la carrera de la Medicina en la Universidad Nacional, en tanto laboraba como escribiente del Ministerio de Gobernación. Después de graduarse como Médico y Cirujano viajó a los Estados Unidos de Norteamérica, para iniciar su formación en ciencias de la conducta. Tuvo la

⁵⁰ **Ibid.** Pág. 13.

⁵¹ **Ibid.**



oportunidad de trabajar por algún tiempo como ayudante de John B. Watson, quien influyó en su enfoque experimental de la psiquiatría”.⁵²

“Al triunfar la Revolución de 1944, se desempeñó como Rector Magnífico de la Universidad Nacional, en ese momento ya con carácter de autónoma (Universidad de San Carlos de Guatemala), y como Ministro fundó el Centro de Salud Mental para Niños y Adolescentes, el cual funciona hasta la fecha. Fue también cofundador de la Universidad Popular de Guatemala, institución dedicada a la formación de artistas y la divulgación del arte en Guatemala, especialmente del arte dramático. En 1971, junto con otros colegas, fundó la Sociedad Psiquiátrica de Guatemala. Mantuvo su larga y fructífera tarea docente universitaria, hasta 1970. Tuvo entre sus alumnos al Dr. Augusto Aguilera, segundo psiquiatra de Guatemala y primer psiquiatra infantil del país”.⁵³ (sic)

En 1984, en Guatemala, “se crea el Departamento de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por acuerdo gubernativo No. 741-84, en 1986 se logra contar con un asesor directo en el despacho ministerial y se contratan diez psicólogos para iniciar el trabajo de salud mental en algunos centros de salud de la capital. En 1995 se forma el Grupo Multisectorial de Salud Mental, que aglutinó a más de 40 ONG organizándose el ‘I Encuentro Nacional de Salud Mental’. En 1998 se incorpora en el programa, el abordaje integral de la violencia intrafamiliar, con enfoque de género. En el año 2000 se diseña el ‘Plan Nacional de Salud Mental 2000-2004’,

⁵² Von Ahh, Erick. **Dr. Carlos Federico Mora Portillo (1889-1972): Pionero de la salud mental y de la psiquiatría en Guatemala.** Pág. 399.

⁵³ **Ibid.** Pág. 400.



cuyo propósito fue la descentralización de los servicios de salud, la extensión de la cobertura y el fomento de la salud integral de la familia”.⁵⁴

1.3. Salud y trastorno mental

1.3.1. Concepto de salud y trastorno mentales

Es preciso entender qué es salud mental. Para ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental, como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.⁵⁵

Resulta difícil definir trastorno mental, “dado que no existe un diagnóstico o cuadro clínico unitario, sino un grupo de trastornos con algunos rasgos en común, debido a ello, existe un intenso debate acerca de las condiciones que son o deberían ser incluidas en la definición de trastorno mental”;⁵⁶ por lo que trastorno no es un término exacto, pero se usa porque implica “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal”.⁵⁷ Asimismo, el término trastorno mental “puede cubrir la enfermedad mental, el retraso mental (también

⁵⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Op. Cit.** Pág. 24.

⁵⁵ Criollo Orellana, Christopher Fabián; Mogrojevo Rivas, Roberto Eugenio. **Observancia del tratamiento jurídico penal a las personas con trastornos mentales.** Pág. 204.

⁵⁶ Funk, Michelle; Drew, Natalie; Saraceno, Benedetto. **Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Si a la atención, no a la exclusión.** Organización Mundial de la Salud. Pág. 23.

⁵⁷ **Ibid.**



conocido como “retardo mental” y “discapacidad intelectual”), los trastornos de la personalidad y la toxicomanía”.⁵⁸

Del citado concepto de salud mental, se determina que el concepto trastorno mental es “la disfunción en la forma de razonar o de comportarse el individuo, que mengua sus relaciones sociales y productivas”,⁵⁹ de lo cual se relaciona con la categoría “de trastorno evitativo o trastorno de personalidad o trastorno bipolar (locura maniacodepresiva)”.⁶⁰

En tal caso, es preciso definir a los trastornos mentales como “procesos psíquicos complejos que afectan la funcionalidad del cerebro de manera permanente o transitoria, influyendo directamente en la conducta humana; desencadenando un deterioro leve o grave en la salud mental de la persona, siendo consecuencia de factores biológicos, psicológicos y sociales;”⁶¹ los que pueden estar presentes en personas de cualquier sexo, edad, raza o estatus social; aunque sus causas son múltiples, y algunas aún no explicadas por la ciencia, pero se han identificado diversos factores de riesgo: “biológicos, psicológicos y sociales, que determinan su prevalencia e incidencia”.⁶²

La Organización Mundial de la Salud indica que “se calcula que una cuarta parte de la población mundial sufre trastornos mentales en algún momento de su vida;”⁶³ lo que trae como consecuencia que fractura la dinámica social y económica no solo del

⁵⁸ **Ibid.**

⁵⁹ Criollo Orellana, Cristopher Fabián, Mogrojevo Rivas, Roberto Eugenio. **Op. Cit.** Pág. 204.

⁶⁰ **Ibid.**

⁶¹ **Ibid.** Pág. 205.

⁶² **Ibid.**

⁶³ **Ibid.**



individuo y la familia, sino también repercute negativamente en la sociedad en su conjunto.

De esa cuenta, a los enfermos mentales se les considera como “una especie del género denominado discapacitados”;⁶⁴ de ahí que se establece que “como persona discapacitada a todo ser humano que padece, temporal o permanentemente, una disminución de sus facultades físicas, mentales o sensoriales”.⁶⁵ Del concepto citado “de persona con discapacidad incluye, la enfermedad o deficiencia mental, contemplando en esta calificación aquellas personas de sufren el síndrome de Down”.⁶⁶

Al respecto, la Organizaciones Mundial de la Salud (OMS) distingue tres clases de discapacidad:

- “**La deficiencia mental**, que sería la pérdida o anormalidad, permanente o transitoria, de carácter psicológico, fisiológico o anatómico, de alguna estructura o función.
- **La incapacidad propiamente dicha**, que es cualquier restricción o impedimento del funcionamiento de una actividad, ocasionado por la deficiencia, dentro del ámbito considerado normal para el ser humano.

⁶⁴ Saldaña, Javier. **Derechos del enfermo mental**. Pág. 9

⁶⁵ **Ibid.**

⁶⁶ **Ibid.**



- **La minusvalidez**, que es una incapacidad que constituye una desventaja para una persona, en cuanto limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales”.⁶⁷

En la citada clasificación se puede incluir en cuanto a la enfermedad mental se refiere, como “aquellos trastornos afectivos como pueden ser ciertas depresiones, el retraso mental, el daño cerebral, la sicosis (locura) motivada por diferentes causas como puede ser la esquizofrenia, y las demencias, entre otras”,⁶⁸ derivado de lo cual, el enfermo mental “es aquella persona que, por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o síquicas”.⁶⁹

1.3.2. Clases o especies de enfermedad mental

Estas capacidades y lesiones psíquicas afectan a la persona enfermo mental “en su razonamiento e inteligencia, en su voluntad y comportamiento, en su memoria y capacidad de aprehensión y en su atención”.⁷⁰ Es decir, tales alteraciones en sus capacidades mentales influyen directamente en su comportamiento y en su afectividad, para lo cual la doctrina ha establecido diferentes tipos de enfermedades mentales y de distintos grados, de ellas se pueden destacar las siguientes:

- **Sicosis** “es una forma de perturbación caracterizada generalmente por los distintos cambios de excitación y depresión del ánimo, y en general de todas las actividades

⁶⁷ **Ibid.** Pág. 10

⁶⁸ **Ibid.**

⁶⁹ **Ibid.** Pág. 11

⁷⁰ **Ibid.**



orgánicas”.⁷¹ Entre estas se distinguen las siguientes: “1) sicosis por agotamiento (delirio de colapso, delirio agudo, confusión mental aguda), 2) sicosis infecciosa y tóxica (por infección, por envenenamiento), neurosicosis (epilepsia), 3) sicosis degenerativa (sicosis paranoide, sicosis maniacodepresiva), 4) sicosis orgánica (demencia paralítica, sicosis arteriosclerótica, demencia senil), 5) sicosis de periodos de transición (adolescencia, menopausia)”.⁷² “Las dos primeras formas constituyen el grupo de las sicosis exógenas, llamadas así porque predominan en la producción de la enfermedad las causas exteriores, mientras que las restantes formas se califican de endógenas y están determinadas principalmente por los factores hereditarios”.⁷³

- **Esquizofrenia** es “un grupo de enfermedades mentales caracterizadas por los síntomas siguientes: trastornos del pensamiento (disgregación, pérdida de la conexión lógica, decadencia mental), ideas delirantes, vivencias de interpretación morbosa (de persecución, de grandeza), perturbaciones del lenguaje (ensalada de palabras, verbigeración, énfasis en el hablar), trastornos sensoriales (alucinaciones, ilusiones, especialmente supuestas voces, y también, en muchos casos, falsas percepciones internas), perturbaciones de los movimientos (amaneramientos, catatonía, flexibilidad cérica y estereotipias)”.⁷⁴ Pueden aparecer los siguientes síntomas: “trastornos de la afectividad, la voluntad y la personalidad: alteraciones diversas del estado de ánimo, ideas súbitas, éxtasis, desatinos, apatía, pérdida de la capacidad de contacto social, autismo, trastornos esenciales de la personalidad total, sensación de ser ajeno a las vivencias propias, alternancia de hiperexcitabilidad y de

⁷¹ **Ibid.** Pág. 12

⁷² **Ibid.**

⁷³ **Ibid.**

⁷⁴ **Ibid.**



indiferencia (que puede presentarse en relación con áreas diversas de vivencias), escisión de la personalidad”.⁷⁵

- **Sicosis maniaco-depresiva** “es una especie de sicosis afectiva, sicosis (o locura) cíclica (o circular), ciclotimia, depresión endógena”⁷⁶; se caracteriza mediante sicosis con cuadros patológicos muy diversos, principalmente por la presencia de fases depresivas y fases maniáticas de exaltación”.⁷⁷ Se presentan “reacciones vivenciales o modos de elaborar anormalmente estímulos emocionales, como son las neurosis (enfermedad que refleja un trastorno del sistema nervioso, sin que el examen anatómico descubra lesiones en dicho sistema), histeria (enfermedad caracterizada por una gran variedad de síntomas de carácter funcional y a veces por ataques convulsivos, fobias, angustias, etcétera, que constituyen disturbios psicológicos de la personalidad)”.⁷⁸
- **Oligofrenia** se manifiesta mediante “comprensiva de la idiocia, la imbecilidad y la debilidad mental, así como la demencia senil en sus diversas manifestaciones”.⁷⁹

Las enfermedades especificadas afectan la psiquis de la persona, para las personas que la sufren pueden ser consideradas enfermos mentales.

1.3.3. Trastorno mental permanente y transitorio

Ha sido difícil poder determinar cuándo un trastorno mental es imputable o no; de ello

⁷⁵ **Ibid.** Págs. 12-13.

⁷⁶ **Ibid.** Pág. 13.

⁷⁷ **Ibid.**

⁷⁸ **Ibid.**

⁷⁹ **Ibid.**



deriva que para el derecho penal “es de sumo interés el reconocimiento de esta institución, toda vez que las personas con este padecimiento son propensas a conductas anormales, a veces violentas, antisociales y transgresoras de la ley, como resultado de la disfunción en el razonamiento e incapacidad de regulación de sus emociones”.⁸⁰

En este sentido, el derecho penal reconoce diferentes tipos de trastornos mentales, “para así poder establecer cuándo se está en presencia de aquellos que suprimen o merman las capacidades cognoscitiva y volitiva, y otorgan la condición de inimputabilidad a una persona que ha violado la Ley”;⁸¹ **a estos trastornos se les identifica como transitorios o permanentes (absolutos).**

a) Trastorno mental permanente

Los trastornos mentales permanentes son identificados como “aquellas perturbaciones funcionales psíquicas que permanecen de manera continua en el tiempo; como característica común generan pérdida de contacto con el mundo real, por medio de delirios o alteraciones de percepción, nacen y se desarrollan de una causa intrínseca del propio sujeto”.⁸² Esto se traduce en que, para considerar un trastorno mental permanente, la alteración mental debe perdurar en el tiempo de manera continua como consecuencia de la perturbación funcional psíquica.

Entre los trastornos mentales permanentes más importantes y recurrentes están “los del género de las psicosis: las esquizofrenias en sus diferentes vertientes (tipo

⁸⁰ Criollo Orellana, Cristopher Fabián. **Op. Cit.** Pág. 206

⁸¹ **Ibid.**

⁸² **Ibid.**



paranoide, tipo desorganizado, tipo catatónico, tipo indiferenciado y tipo residual), cada uno con su sintomatología propia; pero con un rasgo común que los tipifica, generan una pérdida de contacto con el mundo real por medio de alteraciones en la percepción, denominadas delirios”.⁸³

b) Trastorno mental transitorio

Los trastornos mentales transitorios son definidos como “una perturbación en las funciones dependientes de la psiquis del sujeto, que produce una alteración de duración breve en la capacidad cognitiva y volitiva, y que se debe a una causa externa o interna con respecto al sujeto que la padece”.⁸⁴ Este tipo de trastorno mental puede responder “a patologías curables, su grado de intensidad llega a producir la anulación de la voluntad; este ocurre como respuesta al estrés físico o psicológico excepcional, y que por lo general remite en horas o días”.⁸⁵

Se manifiesta de dos formas, pues puede ser: “incompleto (no psicótico o caso fortuito) o completo (psicótico o patológico), el primero responde a una causa externa y el segundo a razones internas; estableciendo de esta manera el nivel de aplicabilidad de la justicia penal”.⁸⁶

Los especialistas estudiosos en este tema coinciden en establecer varios requisitos fundamentales o característicos para que una alteración mental sea considerada como trastorno transitorio:

⁸³ **Ibid.** Págs. 206-207.

⁸⁴ **Ibid.** Pág. 207.

⁸⁵ **Ibid.**

⁸⁶ **Ibid.**



- 1º. Que la alteración funcional psíquica tenga una duración breve.
- 2º. Que la curación sea total sin secuelas, pues la patología depende de un factor externo que, al no presentarse, permite que el sujeto retorne a un estado psíquico equilibrado.
- 3º. Es la existencia de una causa de la alteración funcional psíquica temporal inmediato.
- 4º. Es la existencia de un factor externo que provoca o causa alteración psíquica.

Se puede marcar la diferencia entre uno u otro de trastorno mental. Algunos especialistas consideran que para que una enajenación mental sea permanente debe ser incurable, por oposición al trastorno mental transitorio; además, el trastorno permanente depende de una causa intrínseca, esto es, que nace y se desarrolla en el propio sujeto que la padece.

1.3.4. Factores que provocan enfermedades mentales

Entre los factores que provocan los trastornos mentales se pueden mencionar los de orden biológico, psicológico y social, que a continuación se analizan:

a) Factores biológicos

Entre esta categoría de factores está “el hereditario que es considerado por la ciencia el de mayor influencia; también se encuentran los relacionados con el nacimiento del sujeto; los factores prenatales, que abarcan: el cuidado prenatal deficiente, enfermedades o incapacidades de los progenitores, trauma obstétrico, infecciones



virales prenatales, abuso de sustancias indebidas o medicamentos en el embarazo, incompatibilidad sanguínea, accidentes, entre otros y los factores postnatales, que afectan el sistema nervioso central, como: desnutrición, infecciones, traumatismos craneoencefálicos, etc.”⁸⁷

b) Factores ambientales

Entre estos factores se incluye “el natural como el clima, calor, frío y humedad y el artificial conformado por el barrio, la vivienda, los medios de comunicación, entre otros”.⁸⁸ A estos factores no se les atribuyen la importancia que merecen, pero son determinantes en la aparición de trastornos mentales, ya que el ambiente natural y artificial constituye un estímulo constante al que el sujeto responde continuamente según su entorno.

c) Factores psicológicos

Son los factores relacionados “con vivencias traumáticas de índole emocional, físico, sexual, violencia familiar o acoso; acontecimientos emocionales fuertes como la muerte de un ser cercano, traición sentimental o abandono en la infancia, pueden afectar fuertemente el estado emocional psíquico de una persona, conduciéndolos hacia una enfermedad mental”.⁸⁹

Entre los factores psicológicos se encuentran los siguientes:

- Factores afectivos y emocionales: sentimientos, emociones y motivaciones.

⁸⁷ **Ibid.** Pág. 205

⁸⁸ **Ibid.**

⁸⁹ **Ibid.** Pág. 206



- Factores cognitivos: pensamientos, creencias, valores personales, inteligencia, memoria y percepción.
- Factores componentes conductuales: psicomotricidad, habilidades de afrontamiento individual y las de relación social.
- Factores de la configuración psicológica: características de personalidad, temperamento, carácter, desarrollo psicológico y mecanismos de defensa.

d) Factores sociales

Entre estos factores se pueden mencionar, “el estrés provocado por las condiciones de vida, las relaciones disfuncionales en el hogar, centros de estudio o trabajo, bullying, problemas económicos, falta de afecto, desadaptación social, epidemias, guerras, acciones terroristas, desastres naturales, entre otros”.⁹⁰

Dentro de estos factores, “los familiares son los de mayor riesgo, por ser los que de manera sistemática están presentes desde el nacimiento, siendo determinantes en el proceso de socialización; el inadecuado nivel afectivo familiar y las relaciones disfuncionales pueden ocasionar el desequilibrio emocional en la salud mental de la persona”.⁹¹ Se deduce que de la familia depende la integración del niño, del adolescente y del adulto a la sociedad como individuo positivo.

⁹⁰ **Ibid.**

⁹¹ **Ibid.**



1.3.5. La salud mental en situación de conflicto armado

El conflicto armado interno en Guatemala, que duró 36 años en el país, dejó según “la Comisión para el Esclarecimiento Histórico, un saldo de 200, 000 muertos y desaparecidos, documentó 669 masacres y el desplazamiento de un millón y medio de guatemaltecos”.⁹² Esta situación del conflicto armado interno ha dejado huellas psicosociales en la población, “como reacciones de sufrimiento psicosocial de diversa naturaleza y ha generado cambios en el funcionamiento individual, familiar, grupal y comunitario en amplios sectores de la población guatemalteca”.⁹³

Se sabe que toda forma de violencia deja heridas y huellas psicosociales, pero la violencia vivida en el conflicto armado en Guatemala tiene algunos rasgos especiales, “el 93% de las violaciones a los derechos humanos cometidas durante el enfrentamiento armado se le atribuyen al Estado a través de sus instituciones, Ejército y fuerzas de seguridad. El 3% son atribuidas a la guerrilla. Los militares torturaron, violaron, desaparecieron, asesinaron a miles de guatemaltecos inocentes”.⁹⁴

La Comisión para el Esclarecimiento Histórico-CEH en su informe concluye “que se cometieron actos de genocidio. El enfrentamiento directo entre el ejército y la guerrilla apenas produjo el 10% de las víctimas. El resto fue población civil acusada de ‘pertener’ o ‘apoyar a la guerrilla’”.⁹⁵

⁹² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Programa Nacional de Salud Mental. Política e Salud Mental, 2007-2015. Op. Cit.** Pág. 22.

⁹³ **Ibid.**

⁹⁴ Duque, Vilma. **De víctima del conflicto armado a promotores de cambio: Trabajo psicosocial y reconciliación en Guatemala.** Pág. 3.

⁹⁵ **Ibid.**



La violencia desenfrenada durante el conflicto armado obviamente dejó daños individuales, es decir heridas profundas en las personas que la sufrieron directamente, entre los que se puede mencionar “algunos síntomas del Síndrome de Estrés Postraumático, duelo alterado, enfermedades psicosomáticas, angustia, depresión, desvalorización, sentimientos de culpa entre otros”.⁹⁶

Sin duda que los daños individuales van acompañados de daños sociales, en particular cuando estos se dan en grupos específicos o en la población en general. Aunado a esto está la violencia política ejercida durante todos los años que duró la guerra en Guatemala, toda vez que durante el conflicto armado interno, “la salud mental tanto individual como colectiva, tiene alto riesgo de verse afectada no sólo de forma inmediata sino también a mediano y largo plazo, situación que se agrava por la poca atención que ha recibido”.⁹⁷ “El caos y la violencia en sus diferentes modalidades incrementan los riesgos de trauma psicológico y, de hecho, los conflictos armados no sólo generan muertes, heridas y discapacidades físicas, sino que también dejan huellas en la vida de las personas, las familias y la sociedad”.⁹⁸

Entre los factores que determinan los efectos psicosociales y políticos, se mencionan dos de los más importantes: **“a) la lógica que ha habido detrás de las violaciones a los Derechos Humanos y b) la violencia como fenómeno estructural más allá del enfrentamiento armado interno”**.⁹⁹

⁹⁶ **Ibid.**

⁹⁷ Rodríguez, Jorge; De la Torre, Alejandro; Miranda, Claudio T. **La salud mental en situaciones de conflicto armado**. Págs. 337-338.

⁹⁸ **Ibid.**

⁹⁹ Duque, Vilma. **Op. Cit.** Pág. 3.



- a) **La lógica del “enemigo interno”**.¹⁰⁰ En Guatemala, durante la época más álgida del conflicto armado, cualquier persona que se atrevía a cuestionar el orden establecido podía ser eliminada. Ser denunciado como “subversivo”,¹⁰¹ como “simpatizante de la guerrilla”¹⁰² o simplemente por demandar educación o salud, equivalía a la muerte. Cualquier reivindicación para superar las grandes desigualdades fue brutalmente reprimida. Hasta hoy en día, las viudas, los líderes de organizaciones de víctimas, los promotores de salud mental y de derechos humanos siguen siendo acusados de ser “guerrilleros”,¹⁰³ o de haber colaborado con ellos.
- b) Larga es la historia de la violencia, cuyo origen se remonta a la constitución misma del Estado guatemalteco. “Durante siglos, la clase dominante en Guatemala, especialmente la elite agraria ha considerado a los pueblos indígenas como mano de obra barata”,¹⁰⁴ aspectos que actualmente fundamenta el sistema económico del país. El Estado generalmente no ha estado presente en todo el país, principalmente con ausencia en el campo, lo que ha traído como consecuencia que “la vida entera de los mayas estuvo sometida al interés del patrón más cercano, raramente han contado con servicios de educación o salud”.¹⁰⁵ Esta situación llevó a que, “ya en la década de los 70, muchas comunidades rurales se organizaran como una forma de luchar contra la marginación y la pobreza”.¹⁰⁶ Ante tal amenaza

¹⁰⁰ **Ibid.** Pág. 4.

¹⁰¹ **Ibid.**

¹⁰² **Ibid.**

¹⁰³ **Ibid.**

¹⁰⁴ **Ibid.**

¹⁰⁵ **Ibid.**

¹⁰⁶ **Ibid.**



de la organización fuera esta social o política “la estrategia de la guerra se orientó a quebrar la conciencia histórica de los indígenas, destruir sus organizaciones, violentar sus costumbres. Antes y durante el conflicto armado, la violencia ha sido el instrumento de control social por excelencia”.¹⁰⁷ Hoy en día Guatemala, después de la guerra, sigue siendo una sociedad de grandes desigualdades económicas, sociales y políticas, persiste la discriminación y el racismo, especialmente contra la población indígena, lo que aún se percibe que es parte de la vida cotidiana.

Guatemala sufrió un conflicto armado de más de tres décadas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una investigación en 1998, en la que se utilizaron técnicas cualitativas, habiendo encontrado algunos de los hallazgos más significativos:

- “• Los problemas de salud mental aparecieron o se incrementaron durante y después de la guerra;
- Actualmente, a la mayoría de las personas, especialmente en las zonas rurales e indígenas, les invade una sensación de frustración y desesperanza;
- En jóvenes de las zonas rurales afectadas por la guerra, se observó un incremento de las adicciones, en especial alcohol y tabaco; también, aunque en menor proporción, se observó inhalación de pegamento o gasolina, lo cual era prácticamente desconocido hasta entonces;

¹⁰⁷ **Ibid.**



- La conducta suicida en jóvenes es un hecho relativamente novedoso en comunidades indígenas. Se evidenció que, a pesar de los motivos aparentemente banales de los actos suicidas, existía una gran desesperanza con respecto a su futuro, la frustración por no haber alcanzado los objetivos por los cuales lucharon sus padres o ellos mismos, además de la pobreza y el choque cultural que se produce con las costumbres mayas de sus comunidades. A eso se suman las influencias occidentales y la excluyente vida citadina que los impulsa a realizar este tipo de actos;
- Durante el conflicto armado se trastornó la vida de las familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas, la comunicación era pobre y había mucho miedo o temor. Las personas vieron o experimentaron situaciones muy traumáticas como muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, etc. La gente se empobreció más y muchos perdieron su pequeño patrimonio. Apareció el fenómeno de proliferación de sectas religiosas (fundamentalmente evangélicas) en detrimento de las prácticas tradicionales (mayas) y de la propia religión católica;
- Después del conflicto armado se han perdido muchas tradiciones y valores culturales propios del indígena guatemalteco; los ancianos no pudieron transmitir su cultura. Se considera perniciosa la influencia de las costumbres de la capital y la influencia de los medios de comunicación masivos. Hoy predomina, a juicio de los participantes en los grupos, el individualismo en vez de la solidaridad humana y muchos creen que tantas religiones han contribuido a dividir la población. Otros, por el contrario, insisten en la necesidad de recurrir a la palabra de Dios para enfrentar la problemática social actual. Se considera que hay muchas personas que aún tienen desconfianza y temor. En lo referente a los mecanismos de defensa que usaban las personas, se destaca que



antes y durante el conflicto armado lo fundamental era la ayuda espiritual o religiosa y de familiares o amigos. Los mecanismos de defensa actuales dependen menos de las costumbres y tradiciones”.¹⁰⁸

En el contexto del conflicto armado, esta situación afecta principalmente a los sectores rurales, toda vez que el servicio funciona con base en hospitales, con modelos tradicionales o de manicomios, ubicados en la capital, donde se concentra una buena parte de los recursos de salud mental, dejando por fuera las poblaciones rurales y municipios.

Se determina que el trauma causado durante el conflicto armado en Guatemala, como en muchos países latinoamericanos, fue socialmente producido, lo que obliga no solo atender el problema del individuo, sino también sus raíces sociales, debiendo tomar en cuenta las condiciones que lo provocaron para atender el trauma como un fenómeno social más que como patología individual, toda vez que “la larga historia de violencia han marcado el inconsciente colectivo de todos los guatemaltecos; asimismo, el uso de la violencia desde el Estado, cuya función debería ser protectora, tiene efectos devastadores en la subjetividad humana, pues ante la amenaza permanente de perder la vida, el miedo y el terror se instalan como respuestas normales, ante situaciones anormales; situación que no terminó con el fin del conflicto armado, ya que una vez instalado el miedo y el terror, estos conducen a conductas paralizantes que inhiben la participación en una sociedad democrática”,¹⁰⁹ esto a pesar de que la guerra afectó mayoritariamente al pueblo maya, “más del 80% de las víctimas, no obstante

¹⁰⁸ Rodríguez, Jorge; De la Torre, Alejandro; Miranda, Claudio T. **Op. Cit.** Págs. 338-339.

¹⁰⁹ Duque Vilma. **Op. Cit.** Pág. 5.



Guatemala es catalogada como una sociedad enferma en su conjunto; al miedo instalado se suma la división y polarización social que nos impide soñar un futuro diferente”.¹¹⁰

¹¹⁰ **Ibid.**



CAPÍTULO II

2. El enfermo mental en el proceso penal

2.1. Escuelas penales

a) Escuela clásica

Esta escuela se basa “en la autoría moral y el libre albedrío”¹¹¹; asimismo, considera que “el hombre es un ser inteligente y libre, por lo que es capaz de comprender la naturaleza del acto que realiza y elegir entre el realizarlo o no; pone en la disyuntiva de optar entre el bien y el mal, al decidirse por esta última obra voluntariamente, cargando con sus consecuencias”.¹¹²

En el siglo XVIII, la escuela clásica del derecho penal demanda principalmente “la humanización de las penas, la proporcionalidad entre ellas y el delito, el principio de la legalidad estricta y el debido proceso”.¹¹³ “Las prisiones, que inicialmente fueron denominadas casas de corrección, ya eran una realidad y esta escuela veía en el cumplimiento de la pena privativa de libertad, la prevención general”.¹¹⁴ Es decir, se buscaba la intimidación que la amenaza de la pena ejerce en la sociedad y la pena de carácter retributivo.

¹¹¹ Cabello, Vicente. **Psiquiatría forense en el derecho penal. Doctrina. Jurisprudencia. Pericias. Tomo I.** Pág. 106.

¹¹² **Ibid.**

¹¹³ Monteiro, Viviane. **Enfermedad mental, crimen y dignidad humana. Un estudio sobre la medida de seguridad en Brasil.** Pág. 35.

¹¹⁴ **Ibid.**



b) Escuela positivista

Esta escuela postula “la negación de la libertad moral del hombre y sostiene el determinismo cosmológico”¹¹⁵ y asegura que el fundamento de la responsabilidad “no debe buscarse en el autor del delito, sino en la sociedad que tiene el derecho de defenderse”.¹¹⁶ Los positivistas perfeccionan su teoría con la doctrina “del estado peligroso: el autor de un delito es responsable de éste, en la medida de su peligrosidad”.¹¹⁷

Con el siglo XIX, la escuela positivista del derecho penal indicaba que “la pena viene a ser comprendida no con el objetivo de retribuir un mal, más si de evitar que vuelva el agente a cometer otro delito”.¹¹⁸ Se percibe el cambio radical, toda vez que antes, en el análisis del derecho penal, “el hecho criminoso era el protagonista y, ahora el centro de atención es la persona que cometió el delito”.¹¹⁹

2.2. Presupuestos de la responsabilidad penal

2.2.1. Presupuesto objetivo

a) Antijuricidad

Se considera antijurídico “cuando un hecho es contrario al derecho, es decir, cuando está en desacuerdo con los fines del orden jurídico que regula la vida en común,

¹¹⁵ **Ibid.** Pág. 107

¹¹⁶ **Ibid.**

¹¹⁷ **Ibid.**

¹¹⁸ **Ibid.**

¹¹⁹ **Ibid.**



justamente representado por la ley”.¹²⁰

b) Causas que eximen de responsabilidad penal

El Código Penal guatemalteco, las reconoce en sus Artículos 23 y 24, de las que se especifican a continuación:

Entre las causas de inimputabilidad indica la legislación penal sustantiva, no es imputable:

- El menor de edad.
- Quien, en el momento de la acción u omisión, no posea, a causa de enfermedad mental, de desarrollo psíquico incompleto o retardado o de trastorno mental transitorio, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, salvo que el trastorno mental transitorio, haya sido buscado de propósito por el agente.

c) Causas de justificación

Se entiende que las causas de justificación hacen desaparecer la antijuridicidad, toda vez que se refieren “a hechos que tienen la exterioridad de un delito, pero no lo son por ausencia del elemento antijurídico expresamente consignado por la ley”.¹²¹ Tal como se ilustra en el ejemplo que sigue, “la muerte causada en legítima defensa es formalmente idéntica a la que resulta de un homicidio alevoso, pero mientras la primera

¹²⁰ Cabello, Vicente. **Op. Cit.** Pág. 114.

¹²¹ **Ibid.**



es legítima, la segunda es antijurídica”.¹²² Cuando existe una causa de justificación, la acción queda desprovista del carácter delictivo, la que hace detener el proceso penal, porque sin entrar en la investigación de la culpabilidad el sobreseimiento de la causa abrevia y pone fin al proceso judicial.

La normativa penal citada contempla las causas de justificación en su Artículo 24, entre ellas están:

1) Legítima defensa

La legislación citada establece que existe legítima defensa en el caso de quien obra en defensa de su persona, bienes o derechos, o en defensa de la persona, bienes o derechos de otra, siempre que concurren las circunstancias siguientes: **a) agresión ilegítima; b) necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla, c) falta de provocación suficiente por parte del defensor.**

Se entenderá que concurren estas tres circunstancias respecto de aquel que rechaza al que pretenda entrar o haya entrado en morada ajena o en sus dependencias, si su actitud denota la inminencia de un peligro para la vida, bienes o derechos de los moradores. El requisito previsto en el literal c) no es necesario cuando se trata de la defensa de sus parientes dentro de los grados de ley, de su cónyuge o concubinario, de sus padres o hijos adoptivos, siempre que el defensor no haya tomado parte en la provocación.

¹²² **Ibid.** Pág. 115.



2) Estado de necesidad

La normativa sustantiva relacionada establece que el estado de necesidad se origina quien haya cometido un hecho obligado por la necesidad de salvarse o de salvar a otros de un peligro, no causado por él voluntariamente, ni evitable de otra manera, siempre que el hecho sea en proporción al peligro.

Esta exención se extiende al que causare daño en el patrimonio ajeno, si concurrieren las condiciones siguientes: a) realidad del mal que se trate de evitar; b) que el mal sea mayor que el que se cause para evitarlo; c) que no haya otro medio practicable y menos perjudicial para impedirlo. No puede alegar estado de necesidad, quien tenía el deber legal de afrontar el peligro o sacrificarse.

3) Legítimo ejercicio de un derecho

La legislación penal establece que el legítimo ejercicio de un derecho se origina, quien ejecuta un acto, ordenado o permitido por la ley, en ejercicio legítimo del cargo público que desempeña, de la profesión a que se dedica, de la autoridad que ejerce, o de la ayuda que preste a la justicia.

2.2.2. Presupuesto subjetivo

a) Imputabilidad

Se entiende que la imputabilidad es “el conjunto de condiciones que desde el punto de vista psicológico debe reunir una persona para que se le pueda atribuir la comisión de



un delito a los fines que las leyes penales estatuyen”.¹²³ También se le define como “la facultad de obrar normalmente, de observar una conducta que responda a las exigencias de la vida política de los hombres o más sencillamente aún: la imputabilidad se basa en la salud mental. Ser imputable equivale a ser mentalmente sano”;¹²⁴

Derivado de tales exigencias, el Código Penal contiene las excepciones, como son las causas de inimputabilidad, en el entendido que la imputabilidad depende exclusivamente “del factor biológico: salud mental”,¹²⁵ mientras que la inimputabilidad “surge ante la presencia de un trastorno mental”¹²⁶, tal como lo reza el Artículo 23 del Código Penal: No es imputable: “1. El menor de edad. 2. Quien, en el momento de la acción u omisión, no posea, a causa de enfermedad mental, de desarrollo síquico incompleto o retardado o de trastorno mental transitorio, la capacidad de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, salvo que el trastorno mental transitorio, haya sido buscado de propósito por el agente”.

b) Culpabilidad

Al hablar de la culpabilidad, no es suficiente que un sujeto imputable haya consumado una acción típicamente antijurídica para que sea penalmente responsable, sino que además es necesario que sea culpable; con lo cual se reafirma “el principio nulla poena sine culpa, imperante en el derecho represivo moderno”;¹²⁷ en el entendido que la

¹²³ **Ibid.** Pág. 117.

¹²⁴ **Ibid.**

¹²⁵ **Ibid.**

¹²⁶ **Ibid.**

¹²⁷ **Ibid.** Pág. 125.



imputabilidad es “un estado, una cualidad inherente al individuo, un atributo de su personalidad, que es equivalente a salud o madurez psíquica”.¹²⁸

Es decir, si la imputabilidad “es un estado, la culpabilidad consiste en el ejercicio de dicho estado al cometer un hecho antijurídico en concreto”,¹²⁹ esto conlleva que la imputabilidad es el presupuesto obligado de la culpabilidad, por lo que nadie puede ser declarado culpable si no es previamente calificado imputable.

El presupuesto de culpabilidad se excluye cuando concurren las causas de inculpabilidad como eximente de la responsabilidad penal, tal como lo establece el Código Penal en su Artículo 25, de las cuales establece que son causas de inculpabilidad las siguientes:

- **Miedo invencible:** ejecutar el hecho impulsado por miedo invencible de un daño igual o mayor, cierto o inminente, según las circunstancias.
- **Fuerza exterior:** ejecutar el hecho violentado por fuerza material exterior irresistible, directamente empleada sobre él.
- **Error:** ejecutar el hecho en la creencia racional de que existe una agresión ilegítima contra su persona, siempre que la reacción sea en proporción al riesgo supuesto.
- **Obediencia debida:** ejecutar el hecho en virtud de obediencia debida, sin perjuicio de la responsabilidad correspondiente a quien lo haya ordenado.

¹²⁸ **Ibid.**

¹²⁹ **Ibid.**



- **La obediencia se considera debida** cuando reúna las siguientes condiciones:
 - a) que haya subordinación jerárquica entre quien ordena y quien ejecuta el acto;
 - b) que la orden se dicte dentro del ámbito de las atribuciones de quien la emite, y esté revestida de las formalidades legales; c) que la ilegalidad del mandato no sea manifiesta.
- **Omisión justificada:** quien incurre en alguna omisión hallándose impedido de actuar, por causa legítima e insuperable.

Asimismo, se establece que la culpabilidad tiene las siguientes características.

“1. La culpabilidad es personal e indelegable, y tiene un carácter subjetivo e intransferible, pues fijada la culpabilidad del autor de un hecho criminoso, con ello no se resuelve que todos los que han participado del delito sean también culpables; inversamente, la ausencia de culpabilidad en uno, no hace presumirla en los demás.

2. La falta de culpabilidad no elimina la existencia del delito, del cual puede haber otro culpable”.¹³⁰

2.3. La psiquiatría forense en el campo penal

2.3.1. Conceptos de la psiquiatría forense

La psiquiatría forense es: “la ciencia que usando los procedimientos y los conocimientos de la Psiquiatría y de las Neurociencias da un diagnóstico sobre la forma de ser de los individuos y sus conductas en relación con unos hechos y de acuerdo con

¹³⁰ **Ibid.** Pág. 126.



las necesidades del derecho en todas sus vertientes”.¹³¹ Es decir, consiste en la aplicación de los conocimientos psiquiátricos a la teoría y a la práctica del derecho penal.

De ello deriva que “la psiquiatría forense se enuncia mediante un dictamen, por regla general escrito, en el cual, y a requerimiento del juez o Ministerio Público, el médico examina, analiza, considera y llega a determinadas conclusiones, basándose en fundamentos e interpretaciones científicas en relación con la personalidad del encausado”;¹³² entendiéndose, que la psiquiatría forense es aquella rama de la psiquiatría que se ocupa de la relación entre el psiquiatra y la Ley.

Asimismo, se conceptualiza a la psiquiatría forense como “una rama de la medicina legal y forense, que comprende el conjunto de conocimientos psiquiátricos y periciales necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su evolución y perfeccionamiento”.¹³³

Es decir que la psiquiatría forense es la “encargada del estudio de los problemas psicológicos y psiquiátricos que se plantean en el derecho, se propone aclarar aquellos casos en los que alguna persona, por el estado especial de su salud mental, necesita de una consideración especial ante la ley. Su misión será contribuir a la mejor

¹³¹ Carvajal Oviedo, Hugo Eduardo; Poppe Mujica, Verónica. **La psiquiatría forense en el proceso penal.** Pág. 68.

¹³² Cabello, Vicente. **Op. Cit.** Pág. 32.

¹³³ Pérez Pérez, Rosa M. **Psiquiatría forense.** Pág. 9.



administración de la justicia, informando a jueces y tribunales sobre aspectos específicos que le son propios”.¹³⁴

El objeto de la psiquiatría forense es “el hombre, en su relación con la justicia”.¹³⁵ El derecho, “mediante su método inductivo, habla del acto y sus consecuencias y la Medicina, con su método deductivo, del hombre, sus conductas y su psiquismo”.¹³⁶

2.3.2. Objetivos clínicos de la psiquiatría forense

La psiquiatría forense tiene como objetivos clínicos los siguientes:

- “Evaluación y diagnóstico del cuadro psiquiátrico, psicopatológico.
- Establecer la naturaleza, las causas etiológicas de los síntomas que se observan y su clasificación y definir el trastorno mental. Clínicamente, conocer y valorar el plan terapéutico.
- Los textos legales contienen referencia a trastornos o estados mentales alterados en los sujetos. La necesidad de aportación médico-legal para esclarecer los estados mentales de los sujetos.
- Las exigencias médico-legales derivan en las consideraciones forenses expresadas en la pericia solicitada por la administración de justicia. En ocasiones se facilita la interpretación de informes psiquiátricos y se coopera en los interrogatorios y declaraciones de los psiquiatras.

¹³⁴ **Ibid.**

¹³⁵ Carvajal Oviedo, Hugo Eduardo; Poppe Mujica, Verónica. **Op. Cit.** Pág. 68

¹³⁶ **Ibid.**



- En las relaciones de la psiquiatría y las diferentes ramas del derecho, se debe considerar la prueba pericial psiquiátrica que puede ser solicitada”.¹³⁷

La psiquiatría forense es hasta el momento, “el único saber externo al derecho autorizado a contribuir con indicaciones, a través de la pericia, sobre la vida, la personalidad del imputado y las circunstancias psicológicas del delito”;¹³⁸ por lo que no sorprende que los jueces hagan cada vez más uso de ella, no solamente cuando haya indicios acerca de la presencia de un malestar psíquico, sino también cuando se trata de un delito.

2.4. Aspectos históricos de la medicina forense psiquiátrica

La psiquiatría es “la rama de la medicina que trata de la enfermedad mental, los problemas emocionales y los trastornos de la personalidad”.¹³⁹ La psiquiatría inició su desarrollo en el “siglo XIX, a mediados del cual incorporó el método científico natural”.¹⁴⁰

Antes de esa época, existieron criterios filosóficos, teológicos y morales para el tratamiento de las enfermedades mentales. “En los libros sagrados hebreos se registra que los religiosos daban la atención los enfermos mentales, lo mismo sucedía para los

¹³⁷ Pérez Pérez, Rosa M. **Op. Cit.** Pág. 9

¹³⁸ Pitch, Tamar. **Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia.** Pág. 118.

¹³⁹ Castro B. Dennis A.; Dickerman de Castro Arema. **Medicina Legal. Psiquiatría Forense. Psicogénesis Delictiva.** Pág. 13.

¹⁴⁰ **Ibid.**



pecadores y los inválidos, encontrándose mezcla de pacientes psiquiátricos con delincuentes comunes en algunos medios hospitalarios y penitenciarios”.¹⁴¹

En su convergencia con la Ley, “el psiquiatra se vio enfrentado inicialmente al método lógico-normal del jurista, y este a su vez chocaba con el método científico natural del Médico Especialista”.¹⁴² Por otra parte, “la medicina consideraba el delito a partir del individuo, mientras el derecho lo hacía a partir del hecho delictivo”.¹⁴³ Posteriormente, “cada profesional llegó a comprender el punto de vista del otro, y ambas disciplinas emprendieron un cambio de mutua colaboración, que culminó con el surgimiento de la Psiquiatría Forense”.¹⁴⁴

Se considera a “Jean Esquirol (1772-1840) el precursor de la psiquiatría Forense, con su obra titulada Des Maladies Mentales considérées sous les Rapports Médica, Hygiénique et Médico-Legal, fue el discípulo más distinguido de Philippe Pinel, el humanizador de la Psiquiatría”.¹⁴⁵

2.5. Ámbitos de actuación de la psiquiatría forense, psiquiatría legal y psiquiatría criminalística

a) **La psiquiatría forense** tiene un ámbito de actuación, “que es el foro judicial (forum romano); su actuación fundamental está en la intervención en el juicio oral, como Perito. Puede actuar como Perito (con contra informes), colaborar como Consultor

¹⁴¹ **Ibid.**

¹⁴² **Ibid.**

¹⁴³ **Ibid.**

¹⁴⁴ **Ibid.**

¹⁴⁵ **Ibid.**



Técnico en el juicio oral y también colaborar en la elección del jurado, así como en la valoración del testimonio o de las entrevistas”.¹⁴⁶

- b) **La psiquiatría legal** tiene su ámbito de actuación “a nivel de intervenciones en problemas de familia, separaciones, custodias, en capacidad para testar, informes de peligrosidad y otros informes penitenciarios o actuar como testigo experto”.¹⁴⁷
- c) **La psiquiatría criminalística** “es la que coadyuva en la investigación del delito, en la elaboración del perfil criminal, en las autopsias psicológicas, en el análisis de documentos escritos y grabados del presunto delincuente”.¹⁴⁸ Las diferencias se encuentran en el ámbito de actuación (penal, civil, familiar o de investigación criminal).

2.6. Principales funciones de la psiquiatría en relación con las ciencias penales y la investigación criminal

2.6.1. Función de ciencia auxiliar

La psiquiatría, y la psicología como ciencia auxiliar, es incuestionable la importancia que tiene “para una argumentación científica de lo relativo a factores subjetivos del delito, iter criminis, interrogatorio judicial y otras materias, doctrinarias o prácticas, que también conforman el parque teórico o son herramientas diarias del jurista y el investigador criminal”.¹⁴⁹ Pero también al legislar penalmente en forma sustantiva o

¹⁴⁶ Carvajal Oviedo, Hugo Eduardo; Poppe Mujica, Verónica. **Op. Cit.** Pág. 67.

¹⁴⁷ **Ibid.** Pág. 68.

¹⁴⁸ **Ibid.**

¹⁴⁹ Pérez González, Ernesto. **Tareas forenses de la psiquiatría y otros vínculos con el derecho penal y la criminología.** Pág. 118.



adjetiva, sobre cuestiones que se vinculan al estado mental de personas naturales de interés judicial, se requiere el aporte del especialista que ilustra sobre cuestiones de tipo diagnóstico, pronóstico y de tratamiento de las enfermedades mentales.

Se debe tener presente y aceptar que el derecho penal “no puede definir y operar empleando el mismo detallado sistema de categorización de los trastornos mentales que emplea la psiquiatría, pero, en algún punto —en lo más general al menos—, los enunciados penales se deben sustentar científicamente en la psiquiatría”.¹⁵⁰

Se trata de reconocer como necesaria “una clasificación propia del derecho penal para las enfermedades mentales, la cual responda a sus necesidades sin que represente una contradicción con los principios de la rama de la medicina que posee el conocimiento de las enfermedades mentales y que debe ser considerada en su carácter de ciencia auxiliar del derecho penal”.¹⁵¹

2.6.2. Función pericial, que es la propiamente forense

Cuando se habla de función pericial, es porque se necesitan respuestas específicas a incógnitas relativas al estado mental de personas que son de importancia para el proceso; por lo que, al desarrollar la función pericial, “el perito psiquiatra establece relación directa con personas y puede necesitar hacerles determinados exámenes complementarios o aplicarles recursos diagnósticos”;¹⁵² pero para cumplir esta función pericial, el psiquiatra “debe dominar tanto la interpretación común de la clínica como la categorización penal relativa a estados mentales de personas en diversos roles

¹⁵⁰ **Ibid.** Pág. 119.

¹⁵¹ **Ibid.**

¹⁵² **Ibid.** Pág. 120.



penales”.¹⁵³ Esto obliga al perito a que se conduzca con la observancia de determinados principios éticos en el contexto de la relación pericial.

Entre las tareas periciales de la psiquiatría forense, en el contexto penal de cualquier país, cabe resaltar las siguientes:

- “1. Determinar el estado mental del acusado en el momento de cometer la acción delictiva.
2. Determinar la competencia o aptitud mental para complementar las obligaciones de testigo, acusador o acusado en determinado momento del proceso judicial posterior al hecho delictivo.
3. Establecer la compatibilidad con el régimen penitenciario del reo con trastornos mentales.
4. Determinar el estado mental de la víctima en el momento de sufrir el delito.
5. Determinar posibles secuelas psíquicas en la víctima, como consecuencia de determinados delitos.
6. Validar la confiabilidad del testimonio o de la competencia para testificar en menores de edad.
7. Efectuar exámenes relativos a la competencia para testimoniar y a las falsas confesiones y denuncias en adultos.
8. Peritar a aquella persona que es considerada en supuesto estado peligroso por

¹⁵³ **Ibid.** Pág. 121.



enfermedad mental o toxicomanía, debido a valorar cambios en el régimen de aseguramiento terapéutico”.¹⁵⁴

2.6.3. Función de asesoría de las partes

Esta función se cumple cuando las partes se hacen acompañar en el acto de juicio oral por expertos, “denominados consultores técnicos o asesores, que en el debate contribuyan al examen del perito que practicó determinado examen, obviamente en función de la parte que los propone y lleva”.¹⁵⁵ En este caso, el psiquiatra forense no practica el examen, ni emite dictamen, ni defiende en el juicio oral, aunque su contexto es forense en el debate está circunscrito al peritaje practicado.

2.6.4. Función de apoyo de expertos a la investigación criminal

Esta función no es ajena a exigencias éticas, toda vez que “se desarrolla fuera de los requisitos procesales de la pericia”,¹⁵⁶ pero consiste en proporcionar “el auxilio a la autoridad que desarrolla una investigación de un hecho criminal, para la interrelación de elementos del lugar del hecho y otras informaciones que permitan establecer hipótesis útiles para la captura de un criminal; también incluye la participación en la elaboración de los llamados perfiles, de utilidad para dirigir de forma probabilística la búsqueda policial de delincuentes no identificados”.¹⁵⁷

¹⁵⁴ **Ibid.** Pág. 122

¹⁵⁵ **Ibid.** Pág. 123.

¹⁵⁶ **Ibid.**

¹⁵⁷ **Ibid.** Págs. 123-124.

2.6.5. Función de integración a la investigación criminológica

La investigación criminológica tiende a confundirse con la práctica forense, pero entre ambas existen diferencias; siendo que, en su función criminológica, “la psiquiatría no da respuestas periciales ni se asume esa función con la investidura forense; aunque en ocasiones, el dictamen pericial psiquiátrico, al reflejar aspectos de la personalidad del peritado, da información colateralmente útil al análisis criminológico o victimológico”.¹⁵⁸

Para entender mejor esta función se anotan las diferencias existentes entre psiquiatría forense y criminología, tal como se ilustra en el cuadro que sigue:

Psiquiatría forense	Criminología
Objeto: estudio, prevención y tratamiento de la enfermedad mental.	Objeto: el delito, su prevención y su control social.
Abarca a una persona natural, en función de un proceso penal.	Abarca a grupos humanos, hasta la comunidad de naciones.
Circunscrita a lo individual morboso.	No circunscrita a lo patológico, sino a dimensiones donde la enfermedad no es una categoría esencial.
Limitada a dar respuesta a una fórmula penal; acata lo penal y tiene que usar sus categorías	Rebasa al derecho penal y hasta lo impugna y critica; prescinde de las categorías penales.
No busca causa ni prevención del delito en la dimensión social.	Busca causas y prevención del delito, sobre todo en la dimensión social.

Fuente: Pérez González, Ernesto. *Tareas forenses de la psiquiatría y otros vínculos con el Derecho Penal y la Criminología*.¹⁵⁹

¹⁵⁸ **Ibid.** Pág. 124.

¹⁵⁹ **Ibid.** Pág. 125.



2.6.6. Función asistencial a los asegurados y a la población penal

Se trata de “la atención a los asegurados y a la población penal en la clásica relación médico-paciente y sin otras regulaciones que las administrativas y éticas”.¹⁶⁰

Actualmente, este campo de la actividad pericial es interdisciplinario porque quienes asumen la responsabilidad titular de peritos tienen que contar con el apoyo de otros especialistas que dominan otras ramas de la ciencia, “ya que por muy actualizado que esté un psiquiatra, difícilmente domina todos los conocimientos y el empleo de técnicas que hoy se generan desde todos los campos de estudio de la mente y conducta humana, con eventual aplicación en auxilio de las ciencias penales y la investigación criminal”.¹⁶¹

Todo esto puede determinar que, junto al psiquiatra, “o en vez de él, aparezcan otros peritos considerables tan titulares como éste, como médicos especialistas en medicina legal, en neurofisiología o en neurología; psicólogos, y otros profesionales y especialistas, siempre y cuando dominen también la terminología y los procedimientos jurídicos”.¹⁶²

¹⁶⁰ **Ibid.** Pág. 126.

¹⁶¹ **Ibid.** Pág. 127.

¹⁶² **Ibid.**



2.7. La prueba pericial psiquiátrica

2.7.1. Aspectos históricos de la prueba pericial psiquiátrica

Históricamente, se conoce que la aplicación de la pericia médica las necesidades de la Ley aparecen, “en la Edad Media”.¹⁶³ En España “con las Partidas de Alfonso X de Castilla en el siglo XIII, y anterior a ellas, en el Fuero Juzgo visigodo de mitad del siglo VII, o en Els Usatges de Barcelona del S. XI, no solo se dan aportaciones sino también se dan influencias italianas, germánicas y francesas en materias diversas, pero también alcanzando a cuestiones referidas al estado mental de las personas y que podría inferirse que se valoraba la repercusión en el ámbito penal y civil del derecho”.¹⁶⁴

También, “desde el siglo XIV, en la Corona Aragón ya existían peritos médicos en los tribunales de justicia para diferentes casos, entre ellos la enfermedad mental, existiendo a finales del siglo XIV y en el siglo XV una cierta práctica habitual de peritaje (desuspitación) en la actividad judicial de Lleida según describen los historiados Camps Clemente y Camps Surroca, pero la mayor aportación legislativa es la Constitución Criminalis Carolina de 1532, donde constan, además de elementos esenciales en la comprobación del delito, la necesidad de peritación médica en algunos actos realizados por enfermos mentales”.¹⁶⁵

2.7.2. Objetivo e indicaciones de la prueba pericial psiquiátrica

Se conceptualiza a la prueba pericial psiquiátrica, como “uno de los medios de prueba, en el proceso judicial, utilizado como un instrumento para alcanzar la verdad.

¹⁶³ **Ibid.** Pág. 13.

¹⁶⁴ **Ibid.**

¹⁶⁵ **Ibid.** Pág. 14.



Asimismo, desde el punto de vista procesal, cabe definirla, “como un conjunto de medios de los que se valen las partes para llegar al convencimiento del juez o tribunal”.¹⁶⁶

El objetivo principal es proporcionar la información necesaria al Ministerio Público, juez o Tribunal “sobre la evaluación científica de las anomalías, alteraciones o trastornos psíquicos y de supuesta en relación con la cuestión legal de que se trate; asimismo, auxiliar con el informe al juez y a las partes, contribuyendo así a la correcta aplicación del derecho, además en lo laboral”.¹⁶⁷

2.7.3. Ámbito de aplicación de la prueba pericial psiquiátrica

Al respecto, “no existen indicaciones ni limitaciones concretas, toda vez que tiene aplicación en diferentes ámbitos legales, siendo especialmente frecuente en el ámbito penal y en el civil”.¹⁶⁸

a) Ámbito de aplicación en derecho penal

- “Informar de las bases médico-biológicas de la imputabilidad del encausado por la existencia de anomalía, alteración o trastorno con relación a lo previsto en las eximentes y atenuantes según el Código Penal.
- Observación, estudio, diagnóstico de personas que, tras cometer un delito, dan muestras de sufrir algún trastorno psíquico previo a la comisión del delito, durante el mismo o con posterioridad, en el juicio o cumpliendo la condena.

¹⁶⁶ Pérez Pérez, Rosa. M. **Op. Cit.** Pág. 13.

¹⁶⁷ **Ibid.** Pág. 14.

¹⁶⁸ **Ibid.**



- Valoración de medidas de seguridad de carácter médico-psiquiátrico aplicadas tras la admisión de algunas de las causas que modifican la responsabilidad criminal.
- Evaluación del testimonio del autor, víctima o testigo.
- Evaluar la capacidad procesal para asistencia a juicio oral, tanto en procesados como en víctimas y testigos.
- Evaluación de lesiones o secuelas psíquicas de sus repercusiones.
- Evaluación ante casos de falsas denuncias o imputaciones, sospecha de simulación en agresiones sexuales, estafas, etc., tanto de los autores como de las víctimas.
- En caso de mala praxis psiquiátrica.
- Muy importante la atención y evaluación de la víctima (victimología).¹⁶⁹

b) Ámbito de aplicación en derecho civil

- “Internamientos psiquiátricos involuntarios; asimismo, la revisión de la permanencia de los internos.
- Incapacidad civil de las personas.
- Capacidad de testar, de otorgar poderes, de prestar consentimiento matrimonial o de celebrar contratos u otros documentos jurídicos civiles.

¹⁶⁹ **Ibid.**



- Evaluación de la idoneidad de los cónyuges para la guarda y custodia de los hijos en caso de separación, divorcio o nulidad matrimonial.

- Evaluación de casos de solicitud de esterilización de un presunto incapaz”.¹⁷⁰

c) **Ámbito de aplicación en derecho laboral**

- “Evaluación de trastornos psíquicos en la repercusión del mundo del trabajo y su repercusión judicial; así como la incapacidad o reclamación de otras prestaciones a la Seguridad Social”.¹⁷¹

2.7.4. Partes estructurales del informe psiquiátrico forense

El informe psiquiátrico forense consiste en “un documento médico-legal de gran trascendencia, que como característica inicial debe emitirse en un lenguaje claro y comprensible para el mundo jurídico”.¹⁷² Para la redacción de dicho informe no se tiene un criterio específico, pero su estructura formal dependerá del estilo personal y el nivel de conocimientos necesarios o lo que se solicita o exige el contenido, por lo que de ello dependerá su extensión.

En cuanto a las partes estructurales del informe psiquiátrico se especifican las siguientes:

¹⁷⁰ **Ibid.** Pág. 15.

¹⁷¹ **Ibid.**

¹⁷² **Ibid.** Pág. 16.



a) Preámbulo

En este apartado se harán constar “los datos de la autoridad que la solicita, la extensión y términos y, sobre todo, el objeto de la prueba pericial solicitada, la identificación de la persona sobre la que se nos ha ordenado realizar el informe psiquiátrico y los datos del perito; así como tiempo y lugar de la práctica pericial”.¹⁷³

b) Metodología

Para elaborar el informe psiquiátrico forense no existe un método ni una técnica definida, pero las técnicas habituales que se utilizan para los supuestos psiquiátricos en general son: “1) Estudio de los autos. 2) Exploración clínica y diagnóstica psiquiátrica”.¹⁷⁴ Para lo cual “deben expresarse las técnicas y medios de los que se ha valido el perito en la prueba pericial, así como de los documentos consultados”.¹⁷⁵

c) Antecedentes personales y patológicos

En este apartado se anotan “los acontecimientos biográficos que se recogen de manera descriptiva, no valorativa”.¹⁷⁶

d) Exploración psíquica actual

Contiene la información obtenida “durante la exploración, entrevista personal, la exploración psicopatológica, las entrevistas con familiares, el estudio de informes

¹⁷³ **Ibid.**

¹⁷⁴ **Ibid.** Pág. 15.

¹⁷⁵ **Ibid.** Pág. 16.

¹⁷⁶ **Ibid.**



médicos como consecuencias de actuaciones recientes y el resultado de aquellas pruebas complementarias que hayamos practicado dentro de la prueba”.¹⁷⁷

e) Consideraciones médico-forenses

En este apartado se realiza “la valoración, que incluyen los juicios, valoración psicopatológica, la relación no descriptiva sino crítica entre el estado mental actual y los antecedentes y el hecho jurídico en estudio”.¹⁷⁸ “La significación patológica y exposición de estudios comparativos o bibliografía; asimismo, se realizará un juicio diagnóstico, también un juicio sobre las repercusiones de cómo afectan las manifestaciones psicopatológicas a las funciones psíquicas y a la conducta del sujeto y relacionarlo con la conducta enjuiciada; en algunas ocasiones se realiza un juicio pronóstico y también terapéutico”.¹⁷⁹

f) Conclusiones

Es la parte final del informe, que pueden “ser afirmaciones o negaciones establecidas de manera numerada o clasificada y que suponen lo que se ha concluido después de relacionar todo el estudio previo, personal y del hecho jurídico en estudio, y las consideraciones forenses basadas en juicio científico-psiquiátricos”.¹⁸⁰

g) Firma del psiquiatra forense

Contiene la firma del psiquiatra forense que ha emitido el informe respectivo.

¹⁷⁷ **Ibid.**

¹⁷⁸ **Ibid.**

¹⁷⁹ **Ibid.**

¹⁸⁰ **Ibid.** Pág. 17.



CAPÍTULO III

3. Las medidas seguridad como instrumento jurídico para el control del enfermo mental

3.1. Un acercamiento histórico de las medidas de seguridad

Desde la antigüedad se han aplicado varias medidas preventivas extremas a los considerados: “locos, prostitutas, criminals habituales, homosexuales y vagos con el objetivo de excluirlos y así tratar de impedir la reincidencia”.¹⁸¹

En la Edad Media, “el poder punitivo fue ejercido por la iglesia católica teniendo como objetivo sobre todo los disidentes, las brujas y los protestantes, estos deberían ser neutralizados”.¹⁸² En relación con las brujas eran “consideradas el primer enemigo, se percibe una invención montada sobre el prejuicio acerca de los maleficios y de la inferioridad de la mujer, reforzando la regulación jerarquizada de la sexualidad, consolidada junto con el poder punitivo”.¹⁸³

En el siglo XVI, la actividad ocupacional pasa a ser parte de la concepción preventiva “siendo aplicada a locos, menores, vagos y otros considerados como antisociales”.¹⁸⁴ Esta concepción se utilizó para “dotar de la necesaria mano de obra fácil y barata, y empieza una nueva opción a las tradicionales penas de muerte y mutilación”.¹⁸⁵

¹⁸¹ Monteiro, Viviane. **Enfermedad mental, crimen y dignidad humana. Un estudio sobre la medida de seguridad en Brasil. Op. Cit.** Pág. 34

¹⁸² **Ibid.**

¹⁸³ **Ibid.**

¹⁸⁴ **Ibid.** Pág. 35.

¹⁸⁵ **Ibid.**



En el siglo XVIII la escuela clásica del derecho penal “reclama principalmente la humanización de las penas, la proporcionalidad entre ellas y el delito, el principio de la legalidad estricta y el debido proceso; las prisiones que inicialmente fueron denominadas casas de corrección, ya era una realidad y esta escuela veía en el cumplimiento de la pena privativa de libertad la prevención general”.¹⁸⁶ Es decir, la pena tendría carácter retributivo y con ella la intimidación a la sociedad mediante la amenaza de la pena.

Con el siglo XIX y la escuela positivista del derecho penal, “la pena viene a ser comprendida no con el objetivo de retribuir un mal, más si de evitar que vuelva el agente a cometer otro delito”.¹⁸⁷ Esto se traduce “puesto que antes, en el análisis del derecho penal, el hecho criminoso era el protagonista y, ahora el centro de atención es la persona que cometió el delito”.¹⁸⁸ Esta concepción es fundamental para comprender la lógica de la medida de seguridad, ya que “en este momento histórico se nota la poca efectividad de la pena ante los altos niveles de reincidencia y se impone la necesidad de crear alternativas para ella”.¹⁸⁹

La escuela científicista o positivista creía que todo podría ser explicado “por la causalidad, incluso –y, sobre todo– el delito, comprendido por las determinantes biológicas, sociales y psicológicas”.¹⁹⁰ La necesidad de defensa social tomó la concepción determinista del hombre que llevó a la consideración de dos posibilidades: “a) la resignificación de la pena, mantenida como única sanción penal, pasando a ser

¹⁸⁶ **Ibid.**

¹⁸⁷ **Ibid.**

¹⁸⁸ **Ibid.**

¹⁸⁹ **Ibid.**

¹⁹⁰ **Ibid.**



comprendida como tratamiento y no como punición y, b) el mantenimiento de la pena como retribución y la creación de otra respuesta penal paralela, de carácter preventivo, para el tratamiento de los delincuentes habituales, los reincidentes, los menores y los locos”.¹⁹¹ De esto se deduce que el delito pasa a ser como una enfermedad social que necesita de tratamiento.

Para los positivistas, la defensa social permitiría “la segregación de los que no se adaptan a la sociedad y, en nombre de este objetivo, el control social debería ser una forma de remedio social, ejercida por el derecho penal”.¹⁹² El criminal es visto “como un no adaptado que no tendría opción, ya que es determinado por la sociedad y por sí mismo (sicológica y biológicamente)”.¹⁹³

En tal caso, “si la sanción no podría basarse en la culpabilidad, puesto que está ausente el libre albedrío, habría que fundamentarse en la peligrosidad, ya que la delincuencia es una fatalidad –y no una opción– para estas personas”.¹⁹⁴ La peligrosidad justifica el tratamiento y es la razón de ser de la sanción penal, cuyo fin es la no reincidencia y la protección social.

En el siglo XX la escuela de la defensa social, dirigida por Adolfo Prins, afirmaba que, “el fin perseguido consistía en la necesidad de protección del patrimonio y de la moral sociales, por medio de instrumentos que no fueran retributivos, destacándose entre ellos las medidas de seguridad”.¹⁹⁵ “En este escenario Von Liszt concibe igualmente la

¹⁹¹ **Ibid.**

¹⁹² **Ibid.** Pág. 36.

¹⁹³ **Ibid.**

¹⁹⁴ **Ibid.**

¹⁹⁵ **Ibid.**



pena con el fin preventivo, buscando la protección de los bienes jurídicos, basado nítidamente en la teoría de la defensa social”.¹⁹⁶ La intervención del Estado encuentra su fundamento en la peligrosidad y la intervención estatal debía darse inclusive sin que haya comisión de delito.

En los sistemas jurídicos modernos “erigen un poder de castigar que, para desplegarse, requiere de racionalidad.; esto es que exige el estado de razón del sujeto que ha cometido un crimen y, simultáneamente, precisa de un acto criminal inteligible y descifrable”.¹⁹⁷ Esta doble condición es lo que hace que una acción pueda ser traducida en una pena.

3.2. Naturaleza jurídica de las medidas de seguridad

Al respecto, “así como las penas, las medidas de seguridad surgen como sanción penal, como respuesta del Estado”,¹⁹⁸ de lo cual es parte del ejercicio del *ius puniendi* como una forma más de control social. Se verifica que “la medida de seguridad nació para intervenir ante la insuficiencia de la pena, dirigiéndose inicialmente a los reincidentes y a todos los considerados peligrosos y a posteriori tuvo restringida su actuación a los llamados en su época como alienados”.¹⁹⁹ Se entiende que la naturaleza jurídica de sanción penal implica que la medida de seguridad sea aplicada solamente como respuesta al hecho ilícito y típico, al considerar que la legitimación de la medida de seguridad y de las penas son las mismas.

¹⁹⁶ **Ibid.** Pág. 37.

¹⁹⁷ Lombraña, Andrea N. **El derecho penal del peligroso: medidas de seguridad y regímenes de excepción una lectura antropológica.** Pág. 52.

¹⁹⁸ **Ibid.** Pág. 42.

¹⁹⁹ **Ibid.**



3.3. Diferencias entre las medidas de seguridad y las penas

Como se ha anotado, las penas y medidas de seguridad tienen la misma naturaleza jurídica y han surgido para atender al mismo fin, de lo cual se determina que “pena y medida de seguridad guardan entre sí muchos puntos en común, lo que lleva a que la doctrina discuta la identidad o no entre estos institutos penales”; asimismo, “la doctrina mayoritaria no cree en esta identidad”,²⁰⁰ tal como se sintetizan en los motivos siguientes:

- “1. Las penas se aplican a los imputables y las medidas de seguridad a los inimputables;
2. Las penas tienen fin retributivo, mientras las medidas de seguridad buscan la prevención;
3. Las penas presuponen la culpabilidad, juicio de valor que se basa en la condición personal del sujeto en el pasado, precisamente en el momento de la comisión del delito, y la medida de seguridad presupone la peligrosidad, juicio que se dirige hacia el futuro;
4. Las penas son proporcionales al delito cometido, las medidas de seguridad no lo son, pero tienen como único parámetro la existencia de peligrosidad;

²⁰⁰ **Ibid.** Pág. 43



5. Las penas son temporalmente determinadas y fijadas por el juez en una sentencia condenatoria y la medida de seguridad no posee la previsión legal de un máximo de duración, tampoco el juez determina un plazo máximo”.²⁰¹

3.4. Conceptualización de las medidas de seguridad

No puede encontrarse una definición particular de medidas de seguridad, toda vez que “son medidas alternativas a la pena, porque no son penas, sino son medidas que el juez impone respecto a una persona que podría haber sido penada (condenada) en el caso de haber sido declarada culpable del delito que ha cometido”.²⁰²

Es decir, una persona que ha cometido un delito y no es criminalmente responsable de él, es peligrosa por el mero hecho de haber cometido el delito, siendo esa peligrosidad la que fundamenta la imposición de una medida de seguridad. Por tal razón, las medidas de seguridad no pueden imponerse o mantenerse si no existe peligrosidad; de esa cuenta, son impuestas para disminuir o eliminar la peligrosidad de un sujeto que ha cometido un delito cuando no es responsable criminalmente de él.

Como ha quedado anotado, las penas se fundamentan en la culpabilidad criminal del autor y las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal de a quien se le aplica. En tal sentido, “una medida de seguridad no persigue la curación o la mejoría terapéutica del sujeto porque ése nunca puede ser el fin de una legislación penal; su único fin es la disminución o eliminación de la peligrosidad”.²⁰³

²⁰¹ **Ibid.** Págs. 43-44.

²⁰² Campos Paez, Fabián. **La enfermedad mental en el derecho penal.** Pág. 651.

²⁰³ **Ibid.** Págs. 651-652.



No obstante, “para reducir esa peligrosidad se hace necesario un tratamiento que, en cualquier caso, persigue la mejoría clínica (ya que, obviamente, no existen tratamientos psiquiátricos específicos para reducir la peligrosidad...);²⁰⁴ pero lo cierto es que “la medida de seguridad dejará de tener efecto desde el mismo momento en que desaparezca o disminuya su peligrosidad, en cuyo caso deberá ser puesto en libertad o modificarse la medida de seguridad por otra menos restrictiva”.²⁰⁵

Se garantiza que la persona con “enfermedad mental no sólo no se le puede imponer una medida de seguridad con mayor plazo temporal que el de la pena que le hubiese sido impuesta en caso de haber sido declarado culpable, sino que no tiene porqué agotar el plazo establecido en sentencia para la medida de seguridad impuesta, sino sólo el tiempo necesario para que desaparezca la peligrosidad”;²⁰⁶ esto indica que ninguna persona pueda estar cumpliendo una medida de seguridad por mayor tiempo que el que dure su peligrosidad, incluso aunque no se haya alcanzado el plazo temporal establecido en sentencia para la medida de seguridad.

Dogmáticamente, se conceptualiza la medida de seguridad como “una consecuencia jurídica del delito, distinta de la pena, consistente en la privación o restricción de bienes jurídicos, fundada en la peligrosidad criminal del sujeto, con exclusiva función de prevención especial”.²⁰⁷

²⁰⁴ **Ibid.** Pág. 652

²⁰⁵ **Ibid.**

²⁰⁶ **Ibid.**

²⁰⁷ Falcone Salas, Diego. **Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile.** Pág. 237.



3.5. Características de las medidas de seguridad

Entre las características de las medidas de seguridad se pueden mencionar las siguientes:

- “La peligrosidad no es un concepto psiquiátrico. Como todo en un proceso judicial, sólo el juez, en base también (pero no sólo) a consideraciones psiquiátrico-forenses, puede determinar si una persona es o no peligrosa.
- La peligrosidad es un concepto pronóstico, ya que se basa en el riesgo futuro de comisión de delitos. Este riesgo, nuevamente, lo determina el juez.
- La peligrosidad posee gradientes, por ello puede imponerse una medida de seguridad más o menos restrictiva de la libertad del individuo (por ejemplo, privativa o no privativa de libertad; de internamiento o de tratamiento ambulatorio; etc.). Será, como siempre, el juez, quien determine el grado de peligrosidad y la medida de seguridad a imponer (siempre con los límites legales)”.²⁰⁸

De las características relacionadas, se puede afirmar que la medida de seguridad es una sanción penal aplicada después de la comisión del delito al sujeto (enfermo mental) que no resulta culpable, pero si es considerado peligroso, que precisa de tratamiento cuyo objetivo es su resocialización y, simultáneamente, impedir la comisión de nuevos actos criminales.

²⁰⁸ Campos Paez, Fabián. **Op. Cit.** Pág. 652



3.6. Presupuestos de las medidas de seguridad

Al respecto, “es indispensable que el sujeto haya practicado un ilícito típico. Así, dejará de existir ese primer requisito si hay, por ejemplo, excluyentes de criminalidad, excluyente de culpabilidad –con excepción de la inimputabilidad– o aún si no hay prueba del delito o de la autoría etc.”²⁰⁹ Esto se traduce que “la presencia de excluyentes de criminalidad o de culpabilidad y la ausencia de prueba impiden la aplicación de la medida de seguridad”.²¹⁰

En la actualidad se podría afirmar que, “existiendo un delito –el primer presupuesto–, entonces se evidencia la peligrosidad del sujeto, el segundo presupuesto, para saber si es aplicable o no la medida de seguridad”.²¹¹ Estos presupuestos constituyen también criterios limitadores de la gravedad y duración de las medidas, las que no podrán ser más gravosas que la pena correspondiente al delito previo realizado, ni exceder del límite necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

En tal sentido, las medidas de seguridad se concretan en dos sentidos: a) de orden cualitativo: no puede imponerse una medida de seguridad privativa de libertad si el delito cometido no está castigado con una pena también privativa de libertad; y b) de orden cuantitativo: el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad.

Asimismo, se determina que son dos los presupuestos materiales que deben fundamentar la imposición de las medidas: la peligrosidad criminal del sujeto y la

²⁰⁹ Monteiro, Viviane. **Op. Cit.** Pág. 47

²¹⁰ **Ibid.**

²¹¹ **Ibid.** Pág. 48



comisión de un delito previo; cuyos presupuestos constituyen también criterios limitadores de la gravedad y duración de las medidas, toda vez que las medidas no podrán ser más gravosas que la pena correspondiente al delito previo realizado, ni exceder del límite necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

3.7. Principios en que se sustentan las medidas de seguridad

- a) **Principio de legalidad:** “toda medida de seguridad adoptada lo será en virtud de una sentencia firme”.²¹² Lo que se pretende con esto es que sobre las medidas de seguridad exista un estricto control judicial.
- b) **Principio de peligrosidad criminal del sujeto:** “las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exterioriza en la comisión de un hecho previsto como delito”.²¹³
- c) **Principio de proporcionalidad:** “las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor”.²¹⁴

En cuanto a la aplicación del principio de proporcionalidad ha habido un cambio importante, “respecto a tiempos pasados en que las medidas de seguridad se mantenían hasta que el tribunal sentenciador lo considerase oportuno”.²¹⁵ “En el caso

²¹² Ros Alcaraz, Pedro. **Culpabilidad y enfermedades mentales. La justificación del castigo penal.** Pág. 12.

²¹³ **Ibid.**

²¹⁴ **Ibid.**

²¹⁵ **Ibid.**



de los enfermos mentales, éstos podían ser mantenidos en las instituciones psiquiátricas el tiempo que fuera necesario en virtud de sus necesidades de tratamiento y la peligrosidad”.²¹⁶ Se entiende con esto que se ha puesto un límite a esta situación, ya que la duración de la medida de seguridad no puede ser mayor que la condena de privación de libertad que se le hubiera impuesto de ser declarado imputable.

3.8. Tipos o clases de medidas de seguridad

Las medidas de seguridad son objeto de diversas divisiones, tal como se indica a continuación:

- a) **Según el fundamento:** pueden ser clasificadas en: “**las postdelictuales**, las impuestas al sujeto que ha realizado una conducta punible, y **las predelictuales**, las asignadas a la persona antes de que cometa transgresión alguna de la ley penal; el basamento asignado a ambas es la indemostrada peligrosidad del agente, antes o después de haber cometido el delito”²¹⁷.

- b) **Según el bien jurídico afectado:** pueden agruparse de la siguiente manera: “**privativas de la libertad**, las que -como su nombre lo dice- desproveen al condenado de su derecho inalienable a la libertad personal, como el internamiento en clínica o establecimiento psiquiátrico adecuado, casa de rehabilitación, o centro educativo especial”;²¹⁸ “**restrictivas de libertad**, sin que limitan la libertad del agente sin privarlo de ella, como la prohibición de residir en ciertos lugares o de

²¹⁶ **Ibid.**

²¹⁷ Velásquez Velásquez, Fernando. **Las medidas de seguridad. Aproximación al Código Penal panameño de 1982.** Pág. 188.

²¹⁸ **Ibid.** Pág. 189.



frecuentar sitios donde se expendan licor o drogas tóxicas, el tratamiento ambulatorio, o la libertad vigilada; así mismo, pueden ser privativa o restrictivas de otros derechos, cuando vedan o reducen el ejercicio de atribuciones del ser humano distintos a la libertad, como la prohibición de conducir vehículos automotores”²¹⁹: y, “**pecuniarias** si comportan una limitación de carácter patrimonial que incide en el peculio del encartado, como la caución y en algunas legislaciones con el comiso”.²²⁰

De estas se pueden clasificar en “las privativas y las no privativas de libertad”.²²¹

1. Medidas privativas de libertad:

- “El internamiento en centro psiquiátrico.
- El internamiento en centro de deshabitación.
- El internamiento en centro educativo especial”.²²²

2. Medidas no privativas de libertad:

- “La inhabilitación profesional
- La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en un país determinado
- La libertad vigilada

²¹⁹ **Ibid.**

²²⁰ **Ibid.**

²²¹ Campos Páez Fabián. **Op. Cit.** Pág. 655

²²² **Ibid.**



- La custodia familia
 - La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores
 - La privación del derecho a la tenencia y portar armas”.²²³
- c) **Según el destinatario:** se dividen en **personales**, cuando son impuestas a personas naturales; y **reales**, si recaen sobre personas jurídicas como el cierre de un establecimiento o la disolución de una sociedad”.²²⁴
- d) **Según el tiempo:** pueden ser **duraderas**, si tienen una permanencia más o menos determinada y se aplican según las circunstancias concretas, pudiendo conducir a la indeterminación con la consiguiente transgresión del principio de legalidad”;²²⁵ y **no duraderas o aisladas** si no dependen del tiempo, como la amonestación”.²²⁶
- e) **Según la finalidad objetiva:** se agrupan en “**delictuales o criminales** si pretenden evitar un delito o un crimen; de estas se pueden citar como ejemplos las educativas y curativas”,²²⁷ tales como el internamiento en hospital psiquiátrico o en establecimiento especial y educativo; y las “**sociales**, cuando buscan impedir conmociones de orden social, lo cual les resta carácter delictivo; de estas se citan las medidas preventivas”.²²⁸

²²³ **Ibid.**

²²⁴ Velásquez Velásquez, Fernando. **Op. Cit.** Pág. 189.

²²⁵ **Ibid.**

²²⁶ **Ibid.**

²²⁷ **Ibid.**

²²⁸ **Ibid.**



- f) **Según su relación con las penas:** pueden ser **sustitutivas** si se imponen en lugar de ellas, reemplazándolas, como el internamiento en manicomio criminal o clínica psiquiátrica²²⁹; y “**complementarias** las que persiguen completarlas o perfeccionarlas”.²³⁰
- g) **Según su importancia:** pueden ser “**principales**, cuando se aplican por sí mismas sin sujeción a ninguna otra, como la internación en clínica psiquiátrica”;²³¹ y “**accesorias** las que dependen de otra u otras para su subsistencia, como la libertad vigilada”.²³²

3.9. Monismo, dualismo y sistema vicarial en el sistema penal

El sistema de sanciones penales se orienta de diversas formas “en función de la conjunción de sanciones penales como consecuencias jurídicas que coexistan en el sistema”.²³³ En esa virtud, “surgen históricamente varias teorías que proponen varias soluciones, que son, en esencia, el sistema monista o de vía única que contempla únicamente una de las dos alternativas —pena o medida— y el sistema dualista o de doble vía que conjuga ambas, aunque de distintas formas —pena y medida—”;²³⁴ de las cuales se especifican a continuación:

- a) **Las teorías monistas**, “mantienen el establecimiento de una única respuesta punitiva por parte del Estado contra el delito, o bien penas o bien medidas, pero no

²²⁹ **Ibid.** Pág. 190.

²³⁰ **Ibid.**

²³¹ **Ibid.**

²³² **Ibid.**

²³³ Balbuena Pérez, David Eleuterio. **La libertad vigilada en la Ley Orgánica 5/2000 de reforma del Código Penal de 1995. Tesis doctoral.** Pág. 45.

²³⁴ **Ibid.**



aceptan la combinación de ambas reacciones penales como mecanismos que puedan coexistir en un mismo sistema penal, sino que más bien se trata de una fusión de las penas y las medidas de seguridad en una sola forma de sanción”.²³⁵

El monismo se fundamenta en que penas y medidas de seguridad son materialmente lo mismo y que se diferencian únicamente en su ejecución.

Las teorías monistas se dividen a su vez, en dos variantes: 1) “el monismo de medidas de seguridad, desarrollado por los positivistas italianos, que parte de que la peligrosidad del sujeto ha de ser combatida por medio de mecanismos orientados a la prevención especial, dotados de carácter asegurativo y resocializador, y proclama la validez de un sistema que la sustitución de penas por medidas de seguridad”.²³⁶ 2) “El monismo de penas, incide en la suficiencia de las penas orientadas preventivamente, sin que sea necesario acudir a técnicas represivas distintas, por lo que bastará con readaptar la orientación de estas en orden a la desaparición de la peligrosidad”.²³⁷

“La concepción más retributiva y tradicional de esta clase de monismo está hoy abandonada, pero ha surgido también el denominado nuevo monismo que, en su vertiente más acentuada, busca extraer del Derecho Penal las medidas de seguridad para trasladarlas al ámbito de Derecho Administrativo o del Derecho Privado”.²³⁸ Esta teoría del denominado nuevo monismo propugna “una opción que extrae las medidas de seguridad del Derecho Penal, de tal forma que éste queda reservado al ámbito del injusto culpable con la única aplicación de la pena proporcionada al injusto y la

²³⁵ **Ibid.**

²³⁶ **Ibid.**

²³⁷ **Ibid.** Págs. 45-46.

²³⁸ **Ibid.** Pág. 46.



culpabilidad, y el Derecho de Medidas de Seguridad se convierte en Derecho meramente asistencial²³⁹; entendiéndose que “las medidas de seguridad reducen notablemente su ámbito de aplicación a los delincuentes inimputables peligros, de forma que se genera una única respuesta ante el delito”.²⁴⁰ (sic)

b) Las teorías dualistas, “defienden frente a las teorías de los positivistas italianos el carácter retributivo de la pena, completada, allí donde se muestre insuficiente o de imposible aplicación, con medidas de seguridad o de corrección, lo que implica que parten de la afirmación de que penas y medidas de seguridad son medios distintos de reacción penal estatal frente al delito, cada uno dotado de contenido propio y con finalidades distintas”.²⁴¹

Se resalta que el sistema dualista o de doble vía es la “contraposición al sistema monista que pretende resaltar las diferencias entre penas y medidas de seguridad, negando que sean lo mismo y, por lo tanto, trata de establecer un orden de cumplimiento impermeable entre ambas”.²⁴²

Para los defensores del sistema dualista o binarista, “entienden que es debida la coexistencia de penas y medidas de seguridad y que éstas se acumulan a las primeras ejecutándose, normalmente, a continuación de ellas”,²⁴³ para lo cual la pena atiende a la culpabilidad y la medida de seguridad se basa en la peligrosidad futura del

²³⁹ **Ibid.**

²⁴⁰ **Ibid.**

²⁴¹ **Ibid.** Pág. 47.

²⁴² **Ibid.**

²⁴³ **Ibid.**



delincuente, siendo distintos su fundamento y finalidad, debido a ello, “ambas deben cumplirse acumulativa y sucesivamente”.²⁴⁴

c) **El sistema vicarial**, “surge como respuesta al debate acerca de si las penas y medidas son sanciones penales equivalentes o distintas, y como un mecanismo de articular ambas instituciones de forma compatible con el principio de ne bis in idem”.²⁴⁵

Es importante encontrar los defectos o carencias del dualismo, ya que las formas acumulativas de penas y medidas implican una duplicidad sancionadora más que cuestionable, por lo que “el sistema vicarial implementa la posibilidad de sustitución recíproca de penas y medidas de seguridad, con base en el principio de oportunidad que posibilitará la imposición de la sanción —pena o medida de seguridad— que más convenga al sujeto y que sea jurídicamente sea más aceptable”.²⁴⁶

Según el sistema vicarial, le otorga “una solución de compromiso entre las opciones monista y dualista”,²⁴⁷ toda vez que el juez, antes de imponer una medida de seguridad, “deberá tener en cuenta la situación personal, social, ambiental, o cualquier otra que tuviera relevancia para atender a las necesidades de defensa social”;²⁴⁸ de esa razón, el juez puede optar por la pena o por la medida de seguridad según su criterio.

²⁴⁴ **Ibid.**

²⁴⁵ **Ibid.** Págs. 50-51.

²⁴⁶ **Ibid.** Pág. 51.

²⁴⁷ **Ibid.**

²⁴⁸ **Ibid.**



Es, por tanto, “una opción mixta con elementos dualistas, que permite imponer una pena basada en la culpabilidad o una medida basada en la peligrosidad, o ambas con una regla distinta a la de la acumulación, esto es, primero aplicar la medida de seguridad y después la pena, computando el tiempo cumplido de la medida de seguridad a la pena posterior de forma que solo se cumple el tiempo restante con la posibilidad de suspender la ejecución de la pena”,²⁴⁹ para lo cual se tiene que tener presente, que este sistema “únicamente es aplicable a las penas y medidas de seguridad privativas de libertad, ya que solo las sanciones penales de esa naturaleza tienen imposibilitado materialmente el cumplimiento simultáneo”.²⁵⁰

Se trata de un “dualismo flexible que intercambia o sustituye la pena privativa de libertad por la medida de seguridad privativa de libertad en la fase de ejecución”.²⁵¹ Sin embargo, se discute que este sistema no genera certeza en la aplicación de la ley y transgrede el principio de seguridad jurídica, toda vez que el juez cuenta con un amplio margen de discrecionalidad para decidir, lo que puede afectar el principio citado.

3.10. Derecho de defensa del enfermo mental en el proceso penal

Se debe reconocer la extrema vulnerabilidad de las personas con trastorno mental, toda vez que el trato que se les da es incompatible con su dignidad como seres humanos; esto, no obstante, “la evolución y la eficacia de los tratamientos actuales no

²⁴⁹ **Ibid.** Pág. 52.

²⁵⁰ **Ibid.** Pág. 53.

²⁵¹ **Ibid.**



han impedido el crecimiento o proporcionado la reducción de la intolerancia a la diferencia y la singularidad de la persona que sufre con la locura”.²⁵²

Por el contrario, “el desvalor social con que son vistos, generador de los prejuicios y la discriminación, acaban por invisibilizar, demonizar y excluir, en un cruel proceso que permite el uso de cualquier medio para que la sociedad se vea libre de sus no deseados, incluso por sobre la dignidad de la persona”;²⁵³ tomando en cuenta que la dignidad de la persona humana como “elemento formador de un eje de derechos y deberes esenciales, tiene un papel relevante en la protección de la vida, de la integridad física y psíquica, de la libertad y de la personalidad de la persona con trastorno mental”.²⁵⁴ Esto es que “en todas las fases asociadas a la asistencia de la salud del paciente, ya sea de investigación, diagnóstico o incluso de tratamiento, la dignidad debe ser siempre el vector que orienta toda la actividad médica”.²⁵⁵

La dignidad de la persona humana “es un valor supremo e intrínseco, toda vez que este valor está ligado a la propia cualidad humana o incluso al significado de la existencia; por lo cual todos merecen recibir un trato igualitario en base al respeto”.²⁵⁶ Debido a ello, “la dignidad es una idea absoluta;”²⁵⁷ toda vez que la dignidad representa la garantía de que toda persona merece el respeto por su humanidad, en consideración de sus intereses, su bienestar, su vida y su autonomía, para lo cual presenta una dimensión doble, “ya que equivale simultáneamente a la materialización de la

²⁵² Monteiro, Viviane. **Op. Cit.** Pág. 32

²⁵³ **Ibid.**

²⁵⁴ Mendonça, Suzana Maria. **Dignidad y autonomía del paciente con trastornos mentales.** Pág. 47.

²⁵⁵ **Ibid.**

²⁵⁶ **Ibid.**

²⁵⁷ **Ibid.**



autonomía de la persona y a la necesidad o demanda de su debida protección, especialmente cuando su capacidad de autodeterminación se encuentra en condición de vulnerabilidad”;²⁵⁸ es decir, la dignidad humana “forma además un núcleo de derechos y deberes esenciales para su concreción, cuya ausencia de posibilidad de ejercicio compromete no sólo el nivel de calidad de vida, sino propiamente el respeto por la dignidad inherente a cada persona”.²⁵⁹

Esto se traduce que el enfermo afectado por un trastorno psíquico tiene los mismos derechos fundamentales que cualquier otra persona, pero tiene particularidades relacionadas a las necesidades inherentes a la vulnerabilidad y la fragilidad a su condición; entendiéndose que la igualdad determina una equivalencia de derechos fundamentales a todos, aunque la enfermedad mental dificulte el ejercicio de sus derechos, pero que pueden ser ejercidos por representantes o incluso por la propia persona, dependiendo del grado de afectación del discernimiento.

En el análisis de los derechos fundamentales y garantías de los investigados que padecen trastorno mental en el proceso penal, hay cuatro cuestiones que revisten un especial interés, dentro del ámbito jurídico:

1ª. Se refiere “al análisis de la capacidad mínima que la persona debe tener para poder ser sometida a un juicio justo, equitativo y con todas las garantías”.²⁶⁰ Esto implica que, antes de decidir si una persona puede ser o no imputable, se debe analizar “si

²⁵⁸ **Ibid.**

²⁵⁹ **Ibid.** Pág. 48

²⁶⁰ Aguilar Ruiz, Leonor; et al. **Derechos y garantías del investigado con trastorno mental en la justicia penal.** Pág. 21



puede o no ser justiciable”;²⁶¹ esto es porque la capacidad para ser parte en un proceso penal, es requisito previo a la decisión sobre la culpabilidad del sujeto.

- 2^a. Debe tenerse en cuenta “las medidas cautelares que deben imponerse por delitos cometidos por personas aquejadas de trastorno mental grave o relevante”.²⁶² En este ámbito se acordarán las medidas cautelares que se impondrán a investigados que padecen de un trastorno mental.
- 3^a. Vinculado al problema de la capacidad procesal, se debe plantear la imposibilidad de la apertura de juicio oral contra acusados “que carecen de la mínima capacidad para estar conscientemente en el proceso, para poder comprender la acusación y ejercitar adecuadamente el derecho de defensa”.²⁶³ Esto es para evitar que al final se emitan sentencias con pronunciamiento absolutorio por trastorno mental persistente y grave del sujeto, en el que se impongan medidas de seguridad alternativas a la pena e implícitamente se reconoce hasta este momento que el sujeto no solo era inimputable al momento de comisión de los hechos, sino también procesalmente incapaz en el momento del juicio oral al carecer de la mínima aptitud para comprender el propio acto del juicio, el sentido de la acusación y las posibilidades que le brinda el derecho de defensa.
- 4^a. Por último, se debe tener en cuenta la fase de la ejecución, para determinar qué solución es la más adecuada en ese momento, que ofrece la Ley del Régimen

²⁶¹ **Ibid.**

²⁶² **Ibid.**

²⁶³ **Ibid.** Pág. 22.



Penitenciario, cuando la posible enfermedad mental del sujeto surge durante la ejecución de la pena privativa de libertad.

El Artículo 12 de la Constitución Política de la República de Guatemala, establece el derecho fundamental del derecho de defensa, en el que prescribe que la defensa de la persona y sus derechos son inviolables. Nadie podrá ser condenado, ni privado de sus derechos, sin haber sido citado, oído y vencido en proceso legal ante juez o tribunal competente y preestablecido. Ninguna persona puede ser juzgada por Tribunales Especiales o secretos, ni por procedimientos que no estén preestablecidos legalmente.

De ello deriva que durante el desarrollo del proceso penal, existen una serie de garantías y derechos que resguardan a cualquier investigado, pero si además se trata de un individuo con la capacidad de entendimiento afectada, para lo cual será necesario determinar todas las medidas para asegurar su no indefensión, partiendo del presupuesto que para enjuiciar a una persona es imprescindible que sea capaz de entender el significado del proceso al cual se le somete.

Atendiendo a que “el derecho de defensa es el derecho supremo del proceso penal y a él se le debe el máximo respeto”;²⁶⁴ pues sería en vano que todas las garantías que protegen al investigado giran en torno a su preservación, ya que no tendría ningún sentido garantizar la entrega de información clara y concisa al investigado sobre los derechos que le amparan si no los comprende; de lo cual se infiere que el cumplimiento del deber de informar se ve consumado cuando el sujeto es capaz de entender la información que se le transmite.

²⁶⁴ **Ibid.** Pág. 44



3.11. Juicio para la aplicación exclusiva de medidas de seguridad y corrección del enfermo mental

Se ha anotado en esta investigación, que tradicionalmente la declaración de inimputabilidad por enfermedad mental, desarrollo psíquico incompleto o retardado o de trastorno mental transitorio no tenía las garantías suficientes, puesto que cuando se sospechaba que una persona con enfermedad mental había cometido un hecho delictivo, se declaraba la inimputabilidad sin más trámite y se le dictaba medida de seguridad sin verificar si efectivamente era la autora de un hecho criminal, tornándose más gravosas la aplicación de medidas de seguridad, toda vez que se vulnera el derecho de defensa, a la presunción de inocencia y de un juicio justo. De esa cuenta, para declarar a una persona inimputable, es necesario que antes se haya demostrado que realizó una acción típica y antijurídica. La inimputabilidad es la declaración de incapacidad de comprensión en la comisión de un ilícito penal suficientemente comprobado.

Este procedimiento especial procederá al terminar la fase preparatoria y cuando el Ministerio Público considere que sólo corresponde aplicar una medida de seguridad y corrección.

En este juicio para aplicar medidas de seguridad, se hace necesario que se den los siguientes presupuestos:

1º Que el hecho cometido por la persona sea típico y antijurídico. Por ejemplo, en un supuesto caso que un inimputable comete un homicidio en legítima defensa no podrá seguirse juicio para aplicarle medida de seguridad. Con mayor razón, no se



le aplicará medida por la vía penal al inimputable que haya cometido hechos que no son típicos.

2º Que el autor del hecho típico y antijurídico no sea culpable por concurrir alguna de las causas de inimputabilidad previstas en el Artículo 23. 2º del Código Penal. Por ejemplo: si el autor del hecho no ha cumplido los dieciocho años, el procedimiento a aplicar es el de menores, independientemente de su estado psíquico, tal como lo prescribe el Artículo 487 del Código Procesal Penal.

3º Que proceda la aplicación de una medida de seguridad y corrección: se entiende que las medidas de seguridad solo pueden aplicarse cuando existan posibilidades reales y concretas que el autor pueda volver a cometer más hechos típicos y antijurídicos. De tal manera que la medida no puede imponerse con un fin sancionador, sino terapéutico.

En cuanto al procedimiento, el juicio específico para la aplicación exclusiva de medidas de seguridad y corrección sigue básicamente las reglas del procedimiento común, con las modificaciones dispuestas en el Artículo 485 del Código Procesal Penal; esto se traduce que en ningún caso son de aplicación las normas del procedimiento abreviado. De esa cuenta que, finalizado el procedimiento preparatorio, el Ministerio Público puede estimar que corresponde la aplicación exclusiva de medidas de seguridad; en tal caso, presentará una acusación en la que indicará el hecho que se le atribuye al sindicado, así como la situación de inimputabilidad y la necesidad de imposición de una medida.

Durante el procedimiento intermedio, el juez podrá rechazar el requerimiento del fiscal por entender que corresponde la aplicación de una pena, tal como lo señala el Artículo



485 numeral 3 del Código Procesal Penal. Asimismo, el juicio se celebrará independientemente de cualquier otro juicio, según el Artículo 485 numeral 4 del Código citado, aunque haya más imputados en la misma causa. El debate se celebrará a puertas cerradas. Cuando fuere imposible la presencia del imputado, a causa de su estado de salud o por razones de orden, será representado por su tutor. No obstante, podrá ser traído a la sala, cuando su presencia fuere imprescindible.

En el debate, el Ministerio Público tendrá que demostrar que el acusado es autor de un hecho típico y antijurídico, de la misma manera que haría en el procedimiento común para posteriormente, basándose en su inimputabilidad, solicitar una medida de seguridad. La sentencia deberá decidir sobre la imposición o no de medidas de seguridad.

Cuando el imputado sea incapaz, será representado por su tutor o por quien designe el tribunal, con quien se realizarán todas las diligencias del procedimiento. En estos casos, si fuere imposible, no se exigirá la declaración del imputado. Cuando la internación sea necesaria para la preparación de un informe sobre el estado psíquico del imputado, la medida solo podrá ser ordenada por el juez de primera instancia o por el tribunal de sentencia. La internación se dará por resolución fundada y no podrá superar el mes de duración, tal como lo establece el Artículo 77 del Código Procesal Penal.





CAPÍTULO IV

4. Los derechos humanos del sujeto enfermo mental

4.1. Situación mundial de la salud mental

Se establece que la magnitud y la carga del problema de la salud mental se manifiesta en lo siguiente: “450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta. Alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. Cuatro de las 6 causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el uso de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar. Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. No obstante, es dable afirmar que el impacto es importante en la calidad de la vida familiar... los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas”.²⁶⁵

“Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia; 38 millones están afectados por la epilepsia; y más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas. El número de individuos con trastornos probablemente

²⁶⁵ Organización Mundial de la Salud –OMS-. **Invertir en salud mental**. Pág. 4



aumentará con el envejecimiento de las poblaciones, y como resultado de conflictos sociales”.²⁶⁶

“Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar”.²⁶⁷

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, “tres de los 10 factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de las enfermedades, eran de naturaleza mental/conductual (sexo no protegido y el uso del tabaco y de alcohol) mientras que otros tres están significativamente afectados por factores mentales/conductuales (sobrepeso, alta presión arterial y alto colesterol)”.²⁶⁸

Como puede notarse, “los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general”.²⁶⁹ Esto se traduce que, “no hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado”.²⁷⁰ Es decir, en todos los seres humanos, la salud mental, la física y la social están íntimamente relacionadas, toda vez que la salud

²⁶⁶ **Ibid.** Pág. 8.

²⁶⁷ **Ibid.**

²⁶⁸ **Ibid.** Pág. 9.

²⁶⁹ **Ibid.** Pág. 7.

²⁷⁰ **Ibid.**



mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones.

4.2. La carga económica de los enfermos mentales

Derivado de los problemas de salud mental y de la dependencia de sustancias en adultos y jóvenes, existe una enorme carga emocional, así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto; de ello se dan “los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma y, frecuentemente, de sus cuidadores para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo, en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo”.²⁷¹

El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre “el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto”.²⁷² De esa cuenta, “las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico”.²⁷³

Los trastornos mentales constituyen una carga significativa para la familia; esto es que, “la carga de los trastornos mentales va más allá que lo definido por los Años de Vida

²⁷¹ **Ibid.** Pág. 5.

²⁷² **Ibid.**

²⁷³ **Ibid.**



Ajustados en función de la Discapacidad”.²⁷⁴ Es decir, “la magnitud de la carga de los trastornos mentales en los miembros de la familia es difícil de justipreciar, y, por consiguiente, aún permanecen ignorados”.²⁷⁵ Por tanto, esta carga genera un impacto significativo en la calidad de vida de la familia.

4.3. Estigma y violaciones de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental

Las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social. Esto es que, en muchos países, “esas personas tienen acceso limitado a la atención de salud mental que requieren, dado que no cuentan con servicios en su área de residencia o porque son escasos en todo el país”.²⁷⁶ En relación con esto, “el proyecto Atlas de la OMS identificó que un 65% de las camas psiquiátricas están en hospitales mentales, cuyas condiciones no son satisfactorias”²⁷⁷; toda vez que, “los lugares de internación deben trasladarse del hospital mental a los hospitales generales y a los servicios de rehabilitación comunitarios. Condiciones de higiene y de vivienda pueden llegar a ser subhumanas”.²⁷⁸

Se puede resaltar, que “existe evidencia de ciertos casos de pacientes que han sido atados a troncos, alejados de su comunidad durante largos periodos de tiempo y sin

²⁷⁴ **Ibid.** Pág. 12.

²⁷⁵ **Ibid.**

²⁷⁶ **Ibid.** Pág. 12.

²⁷⁷ **Ibid.**

²⁷⁸ **Ibid.**



alimentos, vivienda o ropas adecuadas”.²⁷⁹ Esto indica a que muchas instituciones psiquiátricas practican una atención inadecuada, degradante y dañina para los enfermos con trastornos mentales.

Por lo que, además del peso social y económico, las personas que sufren de enfermedades mentales son también víctimas de violaciones de los derechos humanos, de estigma y discriminación. Esto se verifica que “tanto en países de altos como de bajos ingresos hay una larga historia de estigmatización de las personas con trastornos mentales y de sus familias”;²⁸⁰ esto se traduce en estereotipos negativos, temor, incomodidad, rabia, y rechazo o marginación.

“Los mitos y concepciones errados afectan la vida diaria de las personas llevando hasta la discriminación y la negación de incluso los más elementales derechos humanos”.²⁸¹

“En todo el mundo, las personas con trastornos mentales enfrentan la negativa de empleo y de oportunidades de educación y discriminación en los sistemas de seguros de salud y en los programas de vivienda”.²⁸² “En algunos países el trastorno mental puede ser causa para negar el derecho a votar o para afiliarse en asociaciones profesionales”;²⁸³ asimismo, en otros países “el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno”.²⁸⁴

Además, “muchas instituciones psiquiátricas, hospitales generales e instituciones sociales en ciertos países continúan usando camas-jaulas rutinariamente para restringir

²⁷⁹ **Ibid.**

²⁸⁰ **Ibid.** Pág. 13.

²⁸¹ **Ibid.**

²⁸² **Ibid.**

²⁸³ **Ibid.**

²⁸⁴ **Ibid.**



el movimiento de personas con trastornos y retardo mentales”;²⁸⁵ “las camas-jaulas pueden tener una red o, en algunos casos, barras metálicas que sirven para inmovilizar al paciente, permaneciendo en estas camas-jaulas por periodos prolongados, hasta años”.²⁸⁶

Este tipo de instrumentos “son frecuentemente usados cuando el personal es escaso o está mal capacitado, o se les usa como castigo o como amenaza de castigo, con ellos se les restringe el movimiento que puede llevar hasta a úlceras de decúbito, escaras; lo que obviamente, el impacto psicológico es extremo”.²⁸⁷ A estas jaulas se les describe como emocionalmente devastadora, aterrizadora, humillante, degradante, inhumano. Esto se traduce como estigma y discriminación, lo que afecta la capacidad de la persona para tener acceso a una atención apropiada, recuperarse de su enfermedad e integrarse a la sociedad, toda vez que el estigma y discriminación se infiltran en todos los aspectos de las vidas de los pacientes, negándoles el pleno disfrute de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (vivienda, empleo y educación adecuados), vedándoles su libertad de opinión y de expresión.

4.4. Principales instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos relacionados a los derechos de las personas con enfermedad mental

Los instrumentos internacionales de derechos humanos pueden ser clasificados en forma genérica en dos tipos: “aquellos que obligan legalmente a los Estados que los han ratificado (llamados tratados, pactos o convenciones), y aquellos que se

²⁸⁵ **Ibid.**

²⁸⁶ **Ibid.**

²⁸⁷ **Ibid.**



denominan estándares internacionales de derechos humanos, los que se consideran principios o directrices y consagrados en declaraciones, resoluciones o recomendaciones internacionales, emanadas de órganos de carácter internacional”.²⁸⁸

4.4.1. Instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos

En este apartado se describen algunas de las disposiciones principales de los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos relacionados con los derechos de las personas con trastornos mentales, de los que a continuación se especifican:

a) Carta Internacional de Derechos Humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), junto con el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESCR, 1966), forman la denominada “Carta Internacional de Derechos Humanos”.²⁸⁹

El Artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por las Naciones Unidas en 1948, afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Esto se entiende que las personas con trastornos mentales tienen derecho al goce y a la protección de sus derechos humanos fundamentales.

²⁸⁸ Freeman, Melvyn; Pathare, Soumitra. **Organización Mundial de la Salud -OMS-. Manual de Recursos de la OMS, sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Si a la atención, no a la exclusión.** Pág. 9.

²⁸⁹ **Ibid.** Pág. 10.



En 1996, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó la Observación General No. 5, que especifica la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a las personas con discapacidades mentales y físicas. Es decir, que las Observaciones Generales, producidas por los órganos de monitoreo de los pactos de derechos humanos, constituyen una fuente importante de interpretación de los Artículos de los tratados de derechos humanos; no obstante “las Observaciones Generales no son obligatorias, ellas representan la visión oficial del órgano de monitoreo acerca de la correcta interpretación del tratado de derechos humanos respectivo”.²⁹⁰

Es de hacer notar, que el Comité de Derechos Humanos, establecido como órgano de monitoreo del PIDCP, “aún no ha elaborado una Observación General específica sobre los derechos de las personas con trastornos mentales; sin embargo, ha emitido la Observación General No. 18”,²⁹¹ que define la protección contra la discriminación hacia las personas con discapacidad bajo el Artículo 26 de ese pacto; esto constituye una obligación fundamental en materia de derechos humanos, toda vez que en los tres instrumentos mencionados se encuentra la protección contra la discriminación.

Adicionalmente, la Observación General No. 5 especifica que el derecho a la salud incluye el derecho de acceder a servicios de rehabilitación; lo que también implica un derecho a acceder y a beneficiarse de servicios que aumenten la autonomía de la persona, así como a proteger el derecho a la dignidad, tanto en la Observación General No. 5 del PIDESC, como en el PIDCP.

²⁹⁰ **Ibid.**

²⁹¹ **Ibid.**



Otros derechos específicamente protegidos por la Carta Internacional de Derechos Humanos son el derecho a la integración en la comunidad; el derecho a obtener ajustes razonables en bienes, instalaciones y servicios (Observación General No. 5 sobre el PIDESC), el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona (Artículo 9 del PIDCP); y la necesidad de adopción de medidas de acción positiva para proteger los derechos de las personas con discapacidad, que incluyen a las personas con trastornos mentales.

b) El derecho a la salud según los instrumentos internacionales

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asimismo, el derecho a la salud también es reconocido por otras convenciones internacionales, en el Artículo 5(e)(iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 1965; los Artículos 11.1(f) y 12 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 1979, y el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

Aunado a ello, también reconocen el derecho a la salud los instrumentos regionales, tales como: la Carta Social Europea revisada en 1996 (Artículo 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 (Artículo 16), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (Artículo 10).



La Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales tiene el objetivo de asistir a los países en la implementación del Artículo 12 del PIDESC. Además, señala que el derecho a la salud contiene tanto libertades como derecho a prestaciones. Las libertades incluyen el derecho a controlar el propio cuerpo y salud, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no sufrir interferencias, como el derecho a no sufrir tortura o a no ser objeto de tratamientos y experimentaciones médicas no consentidas. El derecho a recibir prestaciones incluye el derecho a acceder a un sistema de protección de la salud que asegure a la población igualdad de oportunidades para gozar del más alto nivel posible de salud.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud incluye los siguientes elementos interrelacionados: “i) Disponibilidad, es decir, debe haber una cantidad suficiente de servicios e instituciones de salud disponibles. ii) Accesibilidad, que incluye: la no discriminación, es decir, los tratamientos y servicios de salud deben estar disponibles sin ningún tipo de discriminación; accesibilidad física, es decir, las instituciones y servicios de salud deben estar al alcance físico de la población, en especial para las personas en situación de desventaja y vulnerabilidad; accesibilidad económica, es decir, el pago por los servicios de salud debe basarse sobre el principio de equidad, y ser asequible para todos; y acceso a la información, es decir, el derecho a buscar, recibir y difundir información e ideas relativas a temas sanitarios. iii) Aceptabilidad, es decir, las instituciones y servicios de salud deben respetar la ética médica, y ser culturalmente adecuados. iv) Calidad, es decir, las instalaciones y servicios de salud deben ser científicamente apropiados, y de buena calidad. La Observación General No. 14 establece además que el derecho a la salud



impone tres tipos de obligaciones sobre los países miembros del PIDESC: las obligaciones de respeto, de protección y de cumplimiento, satisfacción o garantía. La obligación de respeto requiere que los países se abstengan de interferir, directa o indirectamente, con el disfrute del derecho a la salud. La obligación de protección requiere que los países adopten medidas para prevenir que otros particulares interfieran con las garantías establecidas por el Artículo 12. Finalmente, la obligación de cumplimiento contiene obligaciones de facilitar, proveer y promover. Requiere que los países adopten medidas adecuadas, de tipo legislativo, administrativo, presupuestario, judicial, promocional y de otro tipo para la plena realización del derecho a la salud”.²⁹²

El Artículo 7 del PIDCP protege contra la tortura y el trato cruel, inhumano o degradante, y se aplica a las instituciones médicas, en especial a las que brindan atención psiquiátrica. La Observación General sobre el Artículo 7 requiere que los gobiernos “provean información sobre las detenciones en hospitales psiquiátricos, las medidas para prevenir abusos, los procedimientos de apelación a disposición de las personas admitidas en instituciones psiquiátricas y las quejas registradas durante el período cubierto por el informe”.²⁹³

La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, “es de carácter obligatorio, contiene disposiciones sobre derechos humanos relevantes para los niños y adolescentes. Esto incluye la protección contra toda forma de abuso físico y mental; la

²⁹² **Ibid.** Págs. 11-12.

²⁹³ **Ibid.** Pág. 12.



prohibición de discriminación; el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, la consideración del interés superior del menor; y el respeto de la opinión del niño”.²⁹⁴

De la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, cabe mencionarse algunos de sus Artículos relevantes particularmente en materia de salud mental, siendo los siguientes:

- El Artículo 23 reconoce que los niños con discapacidades mentales o físicas tienen derecho a disfrutar una vida plena y decente, en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación en la comunidad.
- El Artículo 25 reconoce el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento para su atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.
- El Artículo 27 reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.
- El Artículo 32 reconoce el derecho del niño a estar protegido contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

La Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984), se refiere a las personas con trastornos mentales. El

²⁹⁴ **Ibid.**



Artículo 16, impone a los Estados parte la obligación de prevenir los actos que constituyan tratamientos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

Actualmente “no existe una convención de las Naciones Unidas que se ocupe específicamente de las necesidades de las personas con discapacidad; sin embargo, el 29 de noviembre de 2001, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó una resolución que dispuso la creación de un comité *ad hoc* “para considerar propuestas para la elaboración de una convención internacional comprensiva e integral para proteger y promover la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad”.²⁹⁵

c) De los instrumentos de la Región africana

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) (1981) es un instrumento jurídicamente obligatorio, supervisado por la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, el cual contiene una serie de Artículos sobre derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Es importante resaltar, que las cláusulas importantes para las personas con trastornos mentales incluyen los Artículos 4, 5 y 16, que cubren el derecho a la vida y a la integridad de la persona, el derecho al respecto de la dignidad inherente al ser humano, la prohibición de todas las formas de explotación y de degradación (en particular la esclavitud, el tráfico de esclavos, la tortura y las penas crueles, inhumanas y degradantes), y el tratamiento y el derecho de las personas adultas mayores y de las personas con discapacidad a recibir medidas especiales de protección.

²⁹⁵ **Ibid.** Pág. 13



Además, dispone que las personas adultas mayores y las personas con discapacidad tienen derecho a medidas especiales de protección adecuadas a sus necesidades físicas o morales. El documento garantiza también el derecho de todos de disfrutar el más alto nivel de salud física y mental.

Según la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno de la Organización de la Unidad Africana (OUA), “ahora denominada Unión Africana estableció una Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, competente para considerar denuncias de violaciones de los derechos humanos, incluyendo los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales garantizados por la Carta Africana y por otros instrumentos de derechos humanos relevantes”.²⁹⁶

De acuerdo con el Artículo 34(3), la Corte inició sus funciones el 25 de enero de 2004, después de la aceptación de su competencia por quince Estados. La Corte Africana tiene autoridad para emitir decisiones obligatorias y exigibles en los casos que se diriman ante ella.

d) De los instrumentos de la Región europea

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (1950) es “respaldado por la Corte Europea de Derechos Humanos, establece protecciones de carácter obligatorio para los derechos humanos de las

²⁹⁶ **Ibid.**



personas con trastornos mentales que residan en los Estados que han ratificado la Convención”.²⁹⁷

Además, se exige que la legislación de salud mental de los Estados europeos proporcione garantías contra la hospitalización involuntaria, sobre la base de tres principios establecidos por la Corte Europea de Derechos Humanos:

- La existencia de trastornos mentales debe ser determinada sobre la base del conocimiento objetivo de expertos médicos.
- Que el trastorno mental, por su naturaleza y grado, requiera de internación compulsiva.
- Para el mantenimiento de la internación, es necesario probar la persistencia del trastorno mental.

El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad del Ser Humano, en relación con la Aplicación de la Biología y Medicina: Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1996), fue adoptado por los Estados miembros del Consejo de Europa y otros Estados de la Comunidad Europea, “fue el primer instrumento internacional jurídicamente vinculante en incorporar el principio del consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico, el derecho a ser informado, como también en establecer altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación médicas”.²⁹⁸

²⁹⁷ **Ibid.**

²⁹⁸ **Ibid.** Pág. 14.



La Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos (1994) ha influido en la legislación de salud mental en los Estados europeos sobre Psiquiatría y Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Esta recomendación “establece criterios para el ingreso involuntario, el procedimiento para el ingreso involuntario, estándares de atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales, y prohibiciones para prevenir abusos en la atención y práctica psiquiátricas”.²⁹⁹

La Recomendación sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas con Trastornos Mentales (2004), para ello en septiembre de 2004, el Comité de Ministros del Consejo de Europa “aprobó una recomendación que exhorta a los Estados miembros a mejorar la protección de la dignidad, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de las personas con trastornos mentales, en especial de aquellas sujetas a internación o tratamiento involuntario”.³⁰⁰ (sic)

El Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes (1987) proporciona otra forma de protección de los derechos humanos; siendo que “el Octavo Informe Anual del Comité sobre la Tortura del Consejo de Europa estableció estándares para prevenir el maltrato de las personas con trastornos mentales”.³⁰¹

La Carta Social Europea revisada en 1996 es de carácter vinculante, toda vez que proporciona protección para los derechos fundamentales de las personas con

²⁹⁹ **Ibid.**

³⁰⁰ **Ibid.**

³⁰¹ **Ibid.**



discapacidad mental que son nacionales de los Estados parte de esa convención. En particular, el Artículo 15 de la Carta consagra los derechos de las personas con discapacidad a la independencia, integración social y participación en la vida de la comunidad. La Recomendación No. R (83) 2, adoptada por el Consejo de Ministros en 1983 constituye otra protección legal importante para las personas con trastornos mentales internadas en instituciones como pacientes involuntarios.

e) De los instrumentos de la Región de las Américas

De dichos instrumentos se mencionan los siguientes:

- La Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948), la cual consagra la protección de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978), que incluye una gama de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y “establece un sistema obligatorio de protección y monitoreo del que forman parte a Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos”.³⁰²
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988) establece específicamente a los derechos de las personas con discapacidad. “Los países que la ratifiquen se comprometen a adoptar medidas destinadas a proveer a las

³⁰² **Ibid.**



personas con discapacidad con los recursos y el ambiente necesario para alcanzar el mayor desarrollo posible de su personalidad, como también a proporcionar entrenamiento a sus familias (incluyendo los requerimientos que surjan de las necesidades especiales de este grupo)".³⁰³

Asimismo, "los Estados parte también se comprometen a hacer que estas medidas constituyan una prioridad en sus planes de desarrollo urbano y a promover el establecimiento de grupos sociales para ayudar a las personas con discapacidad a disfrutar de una vida más plena".³⁰⁴

- La Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999) tiene como objetivos los de prevenir y eliminar todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades mentales o físicas, y promover su plena integración en la sociedad. Se trata de la primera convención internacional dedicada específicamente a los derechos de las personas con discapacidad.

En el año 2001, "la Comisión Interamericana de Derechos Humanos emitió una Recomendación sobre la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2001), exhortando a los países de la región a ratificar esa convención".³⁰⁵ Asimismo, la Recomendación "urge a los Estados a promover e implementar, a través de legislación y planes nacionales de salud mental,

³⁰³ **Ibid.**

³⁰⁴ **Ibid.**

³⁰⁵ **Ibid.** Pág. 15.



la organización de servicios de salud mental comunitarios, a efectos de lograr la plena integración de las personas con trastornos mentales en la sociedad”.³⁰⁶

4.5. Principales estándares internacionales de derechos humanos aplicables a la salud mental

a) Los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM, 1991)

En 1991, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental “establecieron estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en el campo de la salud mental”.³⁰⁷ Los órganos internacionales de monitoreo y aplicación han empleado los Principios EM “como interpretación autorizada de las exigencias de convenciones internacionales tales como el PIDESC”.³⁰⁸

Los Principios EM han servido también como marco para el desarrollo de legislación de salud mental en muchos países, tales como; “Australia, Hungría, México y Portugal, entre otros, han incorporado los Principios EM, en todo o en parte, en sus propias leyes domésticas”.³⁰⁹ Estos principios establecen “estándares sobre el tratamiento y las condiciones de vida en instituciones de salud mental, y crean protecciones contra la detención arbitraria en esas instituciones y se aplican en general a las personas con

³⁰⁶ **Ibid.**

³⁰⁷ **Ibid.**

³⁰⁸ **Ibid.**

³⁰⁹ **Ibid.**



trastornos mentales, estén o no internadas en instituciones psiquiátricas, y a toda persona admitida en una institución psiquiátricas, haya sido o no diagnosticada como portadora de un trastorno mental”.³¹⁰

Esta última disposición es importante “porque muchos países usan las instituciones de salud mental de larga estadía como depósitos de personas que no tienen una historia de trastorno mental, o que actualmente no tienen trastornos mentales, pero que permanecen en la institución debida a la falta de otras instituciones o servicios comunitarios que les permitan satisfacer sus necesidades”.³¹¹ Los Principios EM reconocen que toda persona con trastornos mentales tiene derecho a vivir y a trabajar, en la mayor medida posible, en la comunidad.

Es importante indicar, que estos Principios establecen que las personas que padecen de enfermedades mentales tienen derecho a ejercer todos los derechos y libertades fundamentales reconocidos en las declaraciones y convenciones generales de derechos humanos relacionados; asimismo, según estos Principios, los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, así como las libertades fundamentales más importantes del paciente con enfermedad mental, abarcan los siguientes:

- Derecho a la atención médica (Principio 1.1).
- Derecho a ser tratado con humanidad y respeto (Principio 1.2).
- Derecho de igualdad ante la ley (Principio 1.4).

³¹⁰ **Ibid.**

³¹¹ **Ibid.**



- Derecho a ser atendido en la comunidad (Principio 7).
- Derecho a proporcionar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento (Principio 11).
- Derecho a la privacidad (Principio 13).
- Libertad de comunicación (Principio 13).
- Libertad de religión (Principio 13).
- Derecho a una admisión voluntaria (Principios 15 y 16).
- Derecho a garantías judiciales (Principio 17).

b) Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad (Normas Uniformes, 1993)

La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, que tuvo lugar en Viena, en 1993, “reiteró que el derecho internacional de los derechos humanos protege a las personas con discapacidades mentales y físicas, y que los gobiernos deben adoptar legislación doméstica para la realización de esos derechos”.³¹² En la denominada Declaración de Viena, la Conferencia Mundial declara que todos los derechos humanos y libertades fundamentales son universales y, por ende, incluyen indudablemente a las personas con discapacidad.

³¹² **Ibid.** Pág. 16.



Las Normas Uniformes para la Equiparación de Oportunidades para las personas con discapacidad (1993) “fueron adoptadas al finalizar la Década de las Personas con Discapacidad (1982-1993) por Resolución de la Asamblea General 48/96”.³¹³ Este instrumento es la guía en la formulación de políticas públicas, toda vez que “las Normas Uniformes reiteran los fines de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades establecido por el Programa de Acción Mundial”. Las 22 reglas contenidas en dicho documento exigen “la acción estatal en tres áreas principales: requisitos para la igualdad de participación, esferas para la igualdad de participación, y medidas de implementación”.³¹⁴

Las Normas Uniformes componen un instrumento internacional novedoso y revolucionario, “porque consagran la participación ciudadana de las personas con discapacidad como un derecho humano internacionalmente reconocido”.³¹⁵ Es por ello, que las Normas Uniformes “urgen a todo país a involucrarse en un proceso nacional de planeamiento para hacer que su legislación, programas y políticas estén conforme los estándares internacionales de derechos humanos”.³¹⁶

Debido a ello, se determina que estas Normas constituyen una guía interpretativa para hacer efectivos los derechos básicos y libertades fundamentales consagrados en instrumentos internacionales de carácter vinculante en relación con personas discapacitadas; además su objetivo principal es que las personas que padecen

³¹³ **Ibid.**

³¹⁴ **Ibid.**

³¹⁵ **Ibid.**

³¹⁶ **Ibid.**



discapacidades físicas o mentales puedan acceder a todas las oportunidades laborales, sociales, y culturales en pie de igualdad respecto a las demás.

4.6. Estándares técnicos

Al respecto, “las Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas, las agencias de Naciones Unidas, las conferencias mundiales, y los grupos profesionales reunidos bajo los auspicios de las Naciones Unidas también han adoptado un amplio abanico de guías de carácter técnico y principios de política pública, para lo cual estos documentos pueden constituir una valiosa fuente de interpretación de las convenciones de derechos humanos”;³¹⁷ de los cuales se pueden mencionar los siguientes:

a) Declaración de Caracas (1990)

La Declaración de Caracas (1990), “fue adoptada como resolución por un grupo de legisladores, profesionales de la salud mental, líderes de derechos humanos y activistas a favor de los derechos de las personas con discapacidad reunidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), “su importancia radica en su aplicación para la estructura de los servicios de salud mental”.³¹⁸

Esta Declaración señala que la confianza exclusiva en la internación en hospitales psiquiátricos como forma de tratamiento aísla a los pacientes de su ambiente natural, y genera mayor discapacidad; asimismo, establece un nexo fundamental entre servicios de salud mental y derechos humanos, al concluir que los servicios de salud mental anticuados ponen en peligro los derechos humanos de los pacientes.

³¹⁷ **Ibid.** Pág. 16.

³¹⁸ **Ibid.**



La Declaración en relación “pretende promover los servicios de salud mental comunitarios e integrados, y sugiere una reestructuración de la atención psiquiátrica existente; asimismo, señala que los recursos, la atención y el tratamiento de las personas con discapacidad debe garantizar su dignidad y derechos humanos, proporcionar un tratamiento adecuado y racional, y destinar esfuerzos para mantener a las personas con trastornos mentales en sus comunidades. Además, dispone que la legislación de salud mental debe garantizar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, y que los servicios deben organizarse de manera de asegurar el efectivo cumplimiento de esos derechos”.³¹⁹

b) Declaración de Madrid (1996)

En esta Declaración intervinieron las asociaciones internacionales de profesionales de la salud mental para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, “a través de la emisión de sus propias directrices y estándares de conducta y práctica profesional, de cuyas directrices da origen a la Declaración de Madrid, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) en 1996”.³²⁰

Entre otros estándares, “la Declaración insiste en la necesidad de que el tratamiento se base sobre una relación de colaboración con las personas con trastornos mentales, y de limitar el tratamiento involuntario sólo a casos de excepción”.³²¹

³¹⁹ **Ibid.**

³²⁰ **Ibid.** Pág. 17.

³²¹ **Ibid.**



4.7. Estándares Técnicos de la OMS

4.7.1. Diez Principios Básicos de la Legislación de Atención en Salud Mental

Al respecto, en 1996, la OMS desarrolló los Diez Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental, como una interpretación ulterior de los Principios EM, y como guía para asistir a los países en el desarrollo de leyes de salud mental”.³²² Así también, “en 1996, la OMS también desarrolló Directrices para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas con Trastornos Mentales, herramienta destinada a comprender e interpretar los Principios EM y a evaluar las condiciones de derechos humanos en instituciones”.³²³

De los Diez Principios Básicos de la Legislación de Atención en Salud Mental están los siguientes:

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.
2. Acceso a atención básica en salud mental.
3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente.
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental.
5. Autodeterminación.
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación.

³²² **Ibid.**

³²³ **Ibid.**



7. Existencia de procedimientos de revisión.
8. Mecanismo de revisión periódica automático.
9. Cualificación del personal que toma decisiones.
10. Respeto de los derechos y de la legalidad OMS, 1996.

4.7.2. Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales (1994)

En 1994, la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales “adoptó a Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales, que consagró el derecho a la integración educativa de los niños con discapacidad mental”.³²⁴

La importancia de la Declaración de Salamanca “radica en la importancia para la implementación de la Declaración Mundial sobre Educación para Todos (DMET) y para el cumplimiento del derecho a la educación establecido por el PIDESC”.³²⁵

4.7.3. Los Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Suspensión del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Principios de Siracusa)

Es importante indicar que “algunos derechos humanos no admiten restricciones en ninguna circunstancia, como la prohibición de la esclavitud y de la tortura, y la libertad

³²⁴ **Ibid.**

³²⁵ **Ibid.**



de pensamiento, conciencia y religión”.³²⁶ Sin embargo, “las denominadas cláusulas de limitación y suspensión de derechos, que existen en la mayoría de los instrumentos de derechos humanos, reconocen la necesidad de restringir los derechos humanos en ciertas circunstancias, y, en el campo de la salud mental, existen cuadros clínicos que hacen necesaria la aplicación de estas restricciones o limitaciones”.³²⁷

Para ello están los Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Suspensión del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Principios de Siracusa) que establecen “los criterios que deben seguirse para la restricción de derechos, para ello debe cumplirse con cada uno de los cinco criterios, y las restricciones deben ser limitadas en el tiempo y estar sujetas a revisión”.³²⁸

Para una mejor ilustración se presenta el **Resumen de los principios de SIRACUSSA:**

- “La restricción debe estar basada y aplicada de acuerdo con la ley.
- La restricción debe estar justificada por un objetivo legítimo de interés general.
- La restricción debe ser estrictamente necesaria en una sociedad democrática para lograr ese objetivo.
- La restricción debe ser necesaria para responder a una necesidad pública de salud.

³²⁶ **Ibid.**

³²⁷ **Ibid.**

³²⁸ **Ibid.**



- La restricción debe ser proporcional al objetivo social que pretende lograr, y no existe medio menos intrusivo y restrictivo disponible para lograr ese objetivo social.
- Las leyes que impongan restricciones no deben ser arbitrarias, ni ser aplicadas de manera arbitraria (por ejemplo, de manera irrazonable, o discriminatoria)".³²⁹

4.8. Organizaciones internacionales relacionadas a los derechos humanos de los enfermos mentales

a) Las Naciones Unidas

Las Naciones Unidas han tratado de los derechos humanos, como derechos fundamentales de los enfermos psiquiátricos directamente en su "Principios (1991)".³³⁰ Sin embargo, mucho antes, esa Institución se refirió a esos derechos entre los fundamentales del ser humano, en documentos tales como la "Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)".³³¹

Se resalta que la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) toma con interés al derecho a la salud mental, tal como se anota en sus Artículos siguientes:

Artículo 9. Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado. Esto constituye "una advertencia en contra de los ingresos psiquiátricos involuntarios injustificados".³³²

³²⁹ **Ibid.** Pág. 18.

³³⁰ Guimón, José. **La discriminación de los pacientes mentales: Un reto para los Derechos Humanos.** Pág. 19

³³¹ **Ibid.**

³³² **Ibid.** Pág. 20.



Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a la realización mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional y conforme a la organización y a los recursos de cada Estado de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad; hace “vaga referencia a la universalidad del Derecho a la Salud Mental”.³³³

Artículo 25. Todos son iguales ante la ley y tienen derecho, sin ninguna discriminación, a una misma protección de la ley. Todos tienen derecho a una misma protección contra cualquier discriminación en la violación a de esta Declaración y contra cualquier instigación de dicha discriminación.

El Pacto Internacional sobre derechos económicos, sociales y culturales (1966) en su Artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud mental y física.

En la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), se tratan con acentuación especial, que deben atender de cara a la salud mental futura del infante, tal como anota en el preámbulo que prescribe: el niño, por razón de su inmadurez física y mental, necesita garantías y cuidados especiales, incluyendo la protección legal adecuada, tanto antes como después del nacimiento; tal como lo prescribe en sus Artículos:

Artículo 17. Reconoce la función importante que tienen los medios de comunicación y se exige que el niño tenga acceso a la información y material de una diversidad de

³³³ **Ibid.**



fuentes nacionales e internacionales, en especial a aquellas cuyo objetivo es la promoción de su bienestar moral, social y espiritual y de salud física y mental.

Artículo 19. Se tomarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas necesarias para proteger al niño de todas las formas de violencia, daño o abuso, negligencia o tratamiento descuidado, maltrato o explotación, incluyendo abuso sexual, mientras esté a cargo de los padres, de los tutores legales o de cualquiera otra persona que tenga la custodia del niño.

Artículo 23. Un niño incapacitado mental o físicamente debería gozar de una vida decente y plena, en condiciones que aseguran la dignidad, promueven la confianza en sí mismo y facilitan la participación activa del niño en la comunidad.

Artículo 25. Reconoce el derecho de un niño, quien ha sido colocado por las autoridades competentes con la finalidad de cuidados, protección o tratamiento de su Salud Mental o física, a una revisión periódica del tratamiento proporcionado al niño y de todas las demás circunstancias pertinentes a su colocación.

Artículo 27. Reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado al desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social del niño.

Artículo 29. Se está de acuerdo en que la educación del niño debe dirigirse hacia el desarrollo de la personalidad del niño, de sus talentos y de sus capacidades mentales y físicas hasta la totalidad de su potencial.

Artículo 32,1. Reconoce “el derecho del niño a ser protegido de la explotación económica y de llevar a cabo cualquier trabajo que pudiera ser peligroso o que pudiera



interferir con la educación del niño, o ser dañino para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social”.

En la Convención sobre prevención y castigo del crimen de genocidio (1951), en su Artículo 2 incluye entre los significados de genocidio a causar grave daño físico o mental a miembros del grupo.

La Carta de la Organización Mundial de la Salud (1946) trata también de la Salud Mental, cuya Organización “ha promovido numerosas acciones enfocadas a mejorar los Derechos Humanos para los enfermos mentales en todo el mundo”.³³⁴

b) El Consejo de Europa

El Consejo de Europa en 1983 recomendó “la creación de un grupo de trabajo compuesto por expertos gubernamentales y criminólogos para redefinir la locura y la anomalía mental y para reevaluar las implicaciones de esto en la legislación civil y criminal, teniendo en cuenta los últimos hallazgos en Psicología y Psiquiatría y la experiencia en este campo de los Estados miembros del Consejo de Europa”;³³⁵ asimismo, recomendó “introducir el derecho al voto para los enfermos mentales capaces de comprender el sentido del voto, haciendo lo necesario para facilitar su ejercicio”.³³⁶ Esto con el objeto de que se revisara la legislación y las reglas administrativas sobre la reclusión de los enfermos mentales.

³³⁴ **Ibid.** Pág. 21.

³³⁵ **Ibid.**

³³⁶ **Ibid.**



La 29 sesión ordinaria de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa declaró “que deben tomarse medidas para reducir la dependencia de grandes instituciones y desarrollar amplios servicios basados en la comunidad con condiciones que se acercan al entorno habitual de los individuos”.³³⁷ El Artículo 4 señala que cualquier intervención en el campo de la salud debe llevarse a cabo de acuerdo con las normas y los compromisos profesionales pertinentes, y solo “una vez que la persona concernida ha otorgado su consentimiento libre e informado”.³³⁸ Finalmente, “las intervenciones en el genoma humano”,³³⁹ el Artículo 13 indica que sólo pueden realizarse con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos y recomienda que las cuestiones fundamentales planteadas por los desarrollos de la biología y de la medicina sean tema de discusión pública a la luz, en particular, desde sus implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y legales.

En el Artículo 6 de las Recomendaciones (1998), se señala que las restricciones de la libertad personal del paciente deben ser limitadas solo a aquellas que sean necesarias a causa de su estado de salud y para el éxito del tratamiento.

c) Asociaciones Internacionales

La Asociación Mundial de Medicina (World Medical Association) elaboró el documento *The Statement on the Use and Abuse of Psychotropic Drugs* (1975);³⁴⁰ asimismo, ha realizado Declaraciones sobre la tortura, los abusos y el abandono de los niños (1984).

³³⁷ **Ibid.**

³³⁸ **Ibid.**

³³⁹ **Ibid.** Pág. 22.

³⁴⁰ **Ibid.** Pág. 23.



La Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) “está muy comprometida con el progreso de los Derechos Humanos para los enfermos mentales y ha hecho varias Declaraciones Oficiales”,³⁴¹ entre ellas están: la Declaración de Hawai (1983), la Declaración de Viena (1983), la Declaración de Madrid (1996); también están “las intervenciones en el informe Daës a través de la Comisión sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas sobre la cuestión de las personas detenidas por razones de Salud Mental y que padecen trastornos mentales”.³⁴²

Hay otros documentos sobre los derechos y garantías legales de los enfermos mentales (1989), sobre la “Participación de los psiquiatras en la pena de muerte (1989) y sobre la Asistencia psiquiátrica proporcionada a las víctimas de la tortura, de las catástrofes naturales y de la guerra; también ha promovido un programa completo sobre la esquizofrenia y el estigma”.³⁴³

La Asociación Norteamericana de Psiquiatría se ha ocupado de las cuestiones ya referidas en este apartado, pero también “ha denunciado en varias ocasiones las nuevas estrategias de contención de costes propuestas por las Compañías de managed care y de aquellos que están produciendo desigualdades entre los pacientes psiquiátricos, y los demás pacientes y entre diferentes subgrupos de población en relación con el acceso a la Asistencia psiquiátrica”.³⁴⁴

³⁴¹ **Ibid.**

³⁴² **Ibid.**

³⁴³ **Ibid.**

³⁴⁴ **Ibid.**



La APA, “se interesa en la Salud Mental de las poblaciones que migran, lo que constituye uno de los principales problemas sanitarios en Estados Unidos; y que en el siglo venidero será una cuestión vital en todo el mundo”.³⁴⁵

Los derechos humanos para los enfermos mentales actualmente “están apoyados también por numerosas Asociaciones de familias y de pacientes y por algunas Fundaciones privadas Geneva Initiative, 2 Premio Ginebra para los Derechos Humanos en Psiquiatría, etc.”³⁴⁶

El Centro Juez Bazelon para la Salud Mental, “con sede en Washington, se ocupa de fomentar la paridad, el desarrollo de los recursos comunitarios, la protección legal de las personas aquejadas de un hándicap mental, el derecho de éstas a la confidencialidad respecto de la incapacidad mental pasada o presente, etc.; ha combatido en diversas ocasiones la criminalización de los enfermos mentales y el aislamiento y restricción de movimientos empleados en algunos centros”.³⁴⁷

El Instituto de Harvard para la Salud y los Derechos Humanos ha realizado importante esfuerzo “para organizar congresos y publicar trabajos sobre Derechos Humanos en relación con la Salud”.³⁴⁸ Por su parte, la Fundación OMIE, en España, “trabaja, así mismo, sobre estas cuestiones a varios niveles de implicación y con diferentes fondos”.³⁴⁹

³⁴⁵ **Ibid.** Pág. 24.

³⁴⁶ **Ibid.**

³⁴⁷ **Ibid.**

³⁴⁸ **Ibid.**

³⁴⁹ **Ibid.**



4.9. Aspectos de salud mental en Guatemala, El Salvador y Nicaragua

La situación de la salud mental en Centroamérica “obedece a la presencia de factores complejos y la población de estos países ha quedado marcada por múltiples y numerosos eventos traumáticos, como son los desastres naturales y los sangrientos conflictos armados. Estos acontecimientos han dejado profundas heridas y cicatrices psicopatológicas y psicosociales tanto en el plano individual como en el comunitario, además de haber generado discapacidad en las áreas del funcionamiento familiar y laboral, y ocasionado importantes pérdidas económicas”.³⁵⁰

El impacto de estos eventos se acrecienta al “haberse producido, y producirse, en un contexto de marcada pobreza”.³⁵¹ Estas condiciones desfavorables se suman a la exclusión social de grupos poblacionales, en especial indígenas y comunidades rurales; perdurando sufrimiento y pobreza; esto conlleva a que los trastornos psicopatológicos vayan en aumento, obstaculizando “los esfuerzos que los grupos de población más vulnerables puedan hacer para superar ese ciclo”.³⁵²

Se determina que en Guatemala, El Salvador y Nicaragua “no existen políticas nacionales de salud mental explícitas”³⁵³; derivado de lo cual “se han diseñado e implementado planes nacionales de salud mental, mismos que en el caso de Nicaragua y El Salvador fueron revisados y actualizados en (2004–2005), mientras que el plan de

³⁵⁰ Rodríguez, Jorge Jacinto, et al. **Informe especial: sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO. AIMS.** Pág. 348

³⁵¹ **Ibid.**

³⁵² **Ibid.**

³⁵³ **Ibid.** Pág. 350.



Guatemala no ha sido objeto de revisión desde 1997”.³⁵⁴ En 2004, “con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), en los tres países se diseñaron planes de protección de la salud mental en situaciones de desastre y emergencias”.³⁵⁵

Se determinó que Guatemala, El Salvador y Nicaragua “no cuentan con una legislación en materia de salud mental; no obstante, existen algunos elementos dispersos en la legislación vigente (Constitución de la República, Código o Ley de Salud, Código Penal, regulaciones sobre alcohol y tabaco, leyes sobre violencia y discapacidad, etc.)”,³⁵⁶ sin embargo, esta legislación no es suficiente para que constituya un cuerpo legal coherente de acuerdo con los modernos estándares internacionales.

En relación con el financiamiento de los servicios de salud mental, el comportamiento es similar en los tres países (Guatemala, El Salvador y Nicaragua) “distante de las recomendaciones de la OMS: dada la carga de los trastornos mentales y neurológicos, la proporción del presupuesto general de salud destinado a la salud mental debería estar entre el 5 y 15%”.³⁵⁷ En estos países “sólo se dedica alrededor de 1% del presupuesto general de salud a la salud mental y, de éste, aproximadamente 90% se destina a los hospitales psiquiátricos”.³⁵⁸

Se ha establecido que los manicomios absorben la gran mayoría de los recursos financieros destinados a la salud mental, lo que va “en detrimento de los servicios

³⁵⁴ **Ibid.**

³⁵⁵ **Ibid.**

³⁵⁶ **Ibid.** Págs. 350-351.

³⁵⁷ **Ibid.** Pág. 351.

³⁵⁸ **Ibid.**



especializados ambulatorios y de atención primaria”;³⁵⁹ esto empeora la situación de las personas pobres o con bajos niveles de ingreso, porque resultan inaccesibles para los que tienen que pagar los medicamentos psicotrópicos. De esa cuenta, “la proporción del salario mínimo diario que dedicaría un usuario a la compra de la dosis diaria necesaria de un antipsicótico y de un antidepresivo en El Salvador, correspondería a 46% y 28%, respectivamente; en Guatemala sería de 29% y 17%, y en Nicaragua de 5% y 4%”.³⁶⁰

Respecto de las políticas sobre derechos humanos, en los tres países (Guatemala, El Salvador y Nicaragua) “existen instituciones estatales dedicadas a la vigilancia y protección de los derechos humanos (Procuraduría de los Derechos Humanos)”;³⁶¹ si bien es cierto, que por parte de la Procuraduría de los Derechos Humanos se realizan “inspecciones o auditorías y atender quejas o reclamos, carecen de autoridad administrativa para aplicar sanciones, cerrar instituciones, etcétera; toda vez que sus recomendaciones no son vinculantes, sino que, en la mayoría de los casos, sólo implican una sanción moral”.³⁶² Cabe destacar que “no existe una política de revisiones periódicas del estado de salvaguarda de los derechos humanos en los servicios hospitalarios de psiquiatría, como tampoco hay una capacitación sistemática para los trabajadores de los dispositivos de salud”.³⁶³

En cuanto a los servicios ambulatorios, se determina que en los tres países dista de ser adecuada, como resultado de la distribución presupuestaria, en la que se da prioridad a

³⁵⁹ **Ibid.**

³⁶⁰ **Ibid.**

³⁶¹ **Ibid.**

³⁶² **Ibid.**

³⁶³ **Ibid.**



los servicios hospitalarios. No obstante, existen diferencias entre las naciones: “El Salvador cuenta con el mayor número de servicios ambulatorios y, en los últimos años, se han abierto algunos Centros Polivalentes de Atención Psicosocial que constituyen una experiencia novedosa en relación con la extensión de cobertura y búsqueda de alternativas al hospital psiquiátrico”;³⁶⁴ y en Nicaragua “han surgido los Centros de Atención Psicosocial (CAPs), constituyendo un modelo local de servicios comunitarios de salud mental, su creación se remonta a la década de los años ochenta”.³⁶⁵

Mientras tanto, la situación en Guatemala “es crítica, pues escasean los establecimientos para una población relativamente numerosa. La mayoría de esos dispositivos apenas cuentan con un psicólogo. Cabe destacar que, en este país desde 1997, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y otras agencias, ha desarrollado acciones de atención psicosocial a poblaciones indígenas que fueron afectadas por el conflicto armado”.³⁶⁶

Con respecto de los centros de día, “El Salvador no cuenta con ninguno, Guatemala tiene dos (en los hospitales psiquiátricos de la capital) y Nicaragua cinco”.³⁶⁷ “Existen muy pocos servicios o unidades de salud mental en hospitales generales. Los hospitales psiquiátricos están ubicados en las capitales de estos países y concentran la casi totalidad de las camas psiquiátricas”;³⁶⁸ “con modelos de atención de tipo asilar,

³⁶⁴ **Ibid.**

³⁶⁵ **Ibid.**

³⁶⁶ **Ibid.**

³⁶⁷ **Ibid.**

³⁶⁸ **Ibid.** Pág. 352.



pobres condiciones de vida de las personas internadas y problemas con la protección de los derechos humanos”.³⁶⁹

Es frecuente que “el promedio de estadía de internamiento sigue siendo alto; más de 40% de los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico de Managua han permanecido allí por más de 10 años”.³⁷⁰ Se percibe que estos hospitales, en general no responden a las necesidades crecientes de salud mental de la población.

³⁶⁹ **Ibid.**

³⁷⁰ **Ibid.**





CAPÍTULO V

5. Análisis de resultados de encuestas a funcionarios o empleados de instituciones estatales

De los resultados a las encuestas realizadas a funcionarios y empleados de instituciones estatales relacionados con las personas con discapacidad mental o psicosocial, se pudo obtener el siguiente resultado:

Se acudió a la **Procuraduría de los Derechos Humanos** y a través de su área especializada la Defensoría de Discapacidad, se obtuvieron respuestas a las preguntas realizadas, tal como se ilustran en el siguiente cuadro:

PREGUNTA	RESPUESTA	COMENTARIO
1. ¿Considera usted, que se respetan los derechos humanos de los enfermos mentales en conflicto con la ley, durante un proceso penal?	NO	Los procedimientos no están clasificados para diferenciar una enfermedad mental de una condición de discapacidad específica, por lo que los procesos no se basan en la situación real de las personas.
2. ¿En el sistema de justicia de Guatemala, ha observado algún tipo de discriminación hacia los enfermos mentales por su condición?	SÍ	A diario, al no respetar los estándares internacionales y las condiciones establecidas en las 100 Reglas de Brasilia.
3. ¿Considera necesario que existan en la legislación guatemalteca leyes que protejan los derechos humanos de los enfermos mentales, durante un proceso penal y posterior al él?	SÍ	Atendiendo a las Convenciones y tratados internacionales en Derechos Humanos, se debe operativizar las leyes a través de políticas, planes, programas y proyectos.



4. ¿Tiene conocimiento si existen médicos especialistas o servicios psiquiátricos, en todos los centros de detención de país?	NO	En ningún centro de detención hay psiquiatras, todo se delega al pabellón de privados de libertad del Hospital Dr. Federico Mora.
5. ¿Qué opinión le merecen los recursos financieros y profesionales que se utilizan para garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, que se encuentran bajo la tutela del Estado?		Mínima inversión, se trabaja con programas asistencialistas no preventivos. No hay enfoque de Derechos Humanos, ni atención oportuna.

Al realizarle las preguntas al **psiquiatra forense** del Organismo Judicial, en relación con el tema investigativo, este respondió tal como se detalla en el siguiente cuadro:

PREGUNTA	RESPUESTA	COMENTARIO
1. ¿Considera usted que se respetan los derechos humanos de los enfermos mentales en conflicto con la ley, durante un proceso penal?	NO	Hay casos donde los jueces, ordenan el internamiento hospitalario del enfermo mental de por vida, y no hay seguimiento.
2. ¿En el sistema de justicia de Guatemala, ha observado algún tipo de discriminación hacia los enfermos mentales por su condición?	Sí	Es un problema recurrente a todo nivel. Al enfermo mental le llaman peyorativamente “el loco”.
3. ¿Considera necesario que existan en la legislación guatemalteca leyes que protejan los derechos humanos de los enfermos mentales, durante un proceso penal y posterior al él?	Sí	Se debió contemplar hace rato en la legislación. Las figuras legales (<i>tipo penal</i>) deben tener un soporte medico académico, (estado de emoción violenta, trastorno mental transitorio, desarrollo psíquico incompleto).



4. ¿Tiene conocimiento si existen médicos especialistas o servicios psiquiátricos en todos los centros de detención de país?	NO	No existen. Los médicos de los centros de detención, no son médicos psiquiatras. En los centros de detención, no hay presupuesto ni seguridad.
5. ¿Qué opinión le merecen los recursos financieros y profesionales que se utilizan para garantizar sus derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran bajo la tutela del Estado?		Deficientes. No hay políticas de reinserción social para los enfermos mentales y recaen porque siempre regresan al mismo lugar. En general, en Guatemala no hay un programa definido de asistencia primaria en salud mental, solamente se piensa en la corrección, mas no en la prevención. No hay un hospital de salud mental para menores de edad, ni para los menores que recluyen.

Las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social, debido a que en Guatemala, como en muchos países, estas personas tienen acceso limitado a la atención de salud mental que éstos requieren; no obstante Guatemala, como Estado, ha ratificado los convenios internacionales en materia de derechos humanos, entre los cuales cabe mencionar, la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que al ser un Estado parte, adquirió el compromiso de impulsar mecanismos de prevención de la tortura a nivel nacional.



Además, teniendo como base la Constitución Política de la República de Guatemala, aunado a lo establecido en la Carta Magna, se aprobó el Protocolo Facultativo mediante Decreto 53-2007 del Congreso de la Republica y la Ley del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes mediante el Decreto 40-2010 del Congreso de la Republica.

Derivado de ello, se creó en Guatemala el **Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura**, como un órgano independiente cuyo objetivo es prevenir la tortura y penas o tratos crueles o inhumanos, mediante mecanismos internacionales y nacionales para visitar Centros de detención donde se encuentran personas privadas de libertad.

Dado el trabajo que desarrolla a nivel institucional, se obtuvieron las respuestas a las preguntas que se le realizó al relator de dicha institución, tal como se especifica en el siguiente cuadro:

PREGUNTA	RESPUESTA	COMENTARIO
1. ¿Considera usted que se respetan los derechos humanos de los enfermos mentales en conflicto con la ley durante un proceso penal?	SÍ	Existe un Pabellón en el Hospital de Salud Mental, que tienen asistencia y cuidados médicos especializados y condiciones de vida aceptables, la mayoría están recuperados y con informe médico de alta, no obstante, no cuentan con un hogar o familiares que los reciban.
2. ¿En el sistema de justicia de Guatemala, ha observado algún tipo de discriminación hacia los	NO	Cuando hay o se presentan casos de esta clase, los envían por resolución judicial al



<p>enfermos mentales por su condición?</p>		<p>Hospital Dr. Federico Mora para su tratamiento y recuperación.</p>
<p>3. ¿Considera necesario que existan en la legislación guatemalteca leyes que protejan los derechos humanos de los enfermos mentales, durante un proceso penal y posterior al él?</p>	<p>SÍ</p>	<p>Existe en la legislación constitucional, como ordinaria, protección a esta clase de personas, quienes por su condición no pueden ser juzgados. Además, el Estado de Guatemala, es parte de Naciones Unidas y está obligado a integrar a los enfermos mentales.</p>
<p>4. ¿Tiene conocimiento si existen médicos especialistas o servicios psiquiátricos en todos los centros de detención de país?</p>	<p>NO</p>	<p>Hay déficit de salud en los centros de detención, no hay ni médicos generales, únicamente los hay en los de mayor población reclusa; existe una Unidad encargada de estos problemas en la ciudad de Guatemala, que atiende todo el país.</p>
<p>5. ¿Qué opinión le merecen los recursos financieros y profesionales que se utilizan para garantizar sus derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran bajo la tutela del Estado?</p>		<p>La asignación presupuestaria se enfoca en alimentación y personal que labora en la Dirección del Sistema Penitenciario. Es urgente y necesario crear una partida presupuestaria para garantizar los servicios y atención que requieren las personas privadas de libertad con capacidades especiales.</p>



De las respuestas que anteceden, se resalta lo relativo a la asignación presupuestaria a los servicios y atención a personas privadas con discapacidad mental, concuerda con lo que indica la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala; siendo que el financiamiento asignado a los servicios de salud mental es “menos del 1% de los egresos en atención de salud a nivel gubernamental, por parte del Ministerio de Salud están dirigidos a la salud mental; de esto, la casi totalidad del presupuesto de salud mental (96%) se deriva al gasto de los hospitales psiquiátricos, el 4% restante se dedica a labores de prevención, promoción y rehabilitación”,³⁷¹ lo que resulta en que el presupuesto asignado no se ajusta a las necesidades de servicio y atención a las personas con discapacidad mental.

A fin de obtener respuestas acertadas, se entrevistó a un **juez del Organismo Judicial**, de quien se obtuvieron las siguientes respuestas:

PREGUNTA	RESPUESTA	COMENTARIO
1. ¿Considera usted que se respetan los derechos humanos de los enfermos mentales en conflicto con la ley durante un proceso penal?	SÍ	Lo que se hace es suspender las audiencias y ordenar que el INACIF realice las evaluaciones correspondientes a manera de determinar su capacidad.
2. ¿En el sistema de justicia de Guatemala ha observado algún tipo de discriminación hacia los enfermos mentales por su condición?	NO	Tratamos de apegarnos a la ley y respetar a sus derechos humanos.

³⁷¹ Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala 2011**. Pág. 10



3. ¿Considera necesario que existan en la legislación guatemalteca leyes que protejan los derechos humanos de los enfermos mentales, durante un proceso penal y posterior al él?	Sí	Creo que ya existen Convenciones a las que Guatemala es parte y ha ratificado, pero se deben plasmar en las leyes ordinarias.
4. ¿Tiene conocimiento si existen médicos especialistas o servicios psiquiátricos en todos los centros de detención de país?	NO	Solo existe asistencia médica en los centros de detención con mayor población.
5. ¿Qué opinión le merecen los recursos financieros y profesionales que se utilizan para garantizar sus derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran bajo la tutela del Estado?		Puede mejorar.

Asimismo, fue necesario obtener respuestas de **abogados de instituciones del Estado**, quienes respondieron a lo siguiente:

PREGUNTA	RESPUESTA	COMENTARIO
1. ¿Considera usted que se respetan los derechos humanos de los enfermos mentales en conflicto con la ley durante un proceso penal?	Sí	Los jueces, cuando observan a personas con problemas mentales, suspenden las audiencias y ordenan que INACIF realice las evaluaciones psiquiátricas para determinar la capacidad volitiva.
2. ¿En el sistema de justicia de Guatemala, ha observado algún tipo de discriminación hacia los enfermos mentales por su condición?	NO	No ha observado.



3. ¿Considera necesario que existan en la legislación guatemalteca leyes que protejan los derechos humanos de los enfermos mentales, durante un proceso penal y posterior al él?	SÍ	Es necesaria una norma de protección personalizada para estos tipos de personas con enfermedad mental.
4. ¿Tiene conocimiento si existen médicos especialistas o servicios psiquiátricos en todos los centros de detención de país?	NO	No existen médicos en cada centro de detención. Los sindicatos con sospecha de enfermedad mental son trasladados al Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora.
5. ¿Qué opinión le merecen los recursos financieros y profesionales que se utilizan para garantizar sus derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran bajo la tutela del Estado?		Lamentable. El Estado, no ha puesto atención a estas personas con padecimientos mentales, toda vez que el Hospital de Salud Mental, está en condiciones precarias, por lo que debe mejorarse.

Lo dicho por los abogados entrevistados, en relación con el respeto a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental, concuerda con lo indicado por la autora Mercedes Torres Lagarde en la *Revista de derechos humanos*: en un proceso penal, “Las personas con discapacidad mental (pcdm) o psicosocial se encuentran dentro de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad. El rechazo y temor hacia este grupo se debe principalmente a un estigma histórico ocasionado por una sociedad que hace a un lado e invisibiliza a quienes no cumplen con los ‘estándares de normalidad’ generalmente aceptados, una sociedad que no acepta la diversidad. Esta situación no sólo impide el pleno goce de sus garantías y libertades fundamentales,



sino que también las y los hace presa fácil de todo tipo de abusos y violaciones graves y sistemáticas de sus derechos humanos”.³⁷² (sic)

Esto es, que las personas con discapacidad mental con frecuencia sufren de violaciones de sus derechos humanos en materia de justicia en Guatemala, debido al estigma y discriminación que sufre ese grupo poblacional, ya que son transgredidos en sus derechos y garantías de un debido proceso, lo que los hace vulnerables frente al sistema de Estado; para este punto las Reglas de Brasilia indica que vulnerables son, “aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico”.³⁷³

En cuanto a la legislación guatemalteca que protege los derechos humanos de personas con discapacidad mental, tanto en privación de libertad y a la existencia de médicos especialistas o servicios psiquiátricos en los centros de detención, se determina, según las respuestas obtenidas y tal como ha quedado escrito, que las personas con discapacidad mental o psicosocial se encuentran dentro de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, toda vez que no se cumplen con los estándares internacionales en materia de salud mental, haciendo que esta situación no solo impida el pleno goce de sus garantías y libertades fundamentales, sino que también se traduce en todo tipo de abusos y violaciones graves y sistemáticas de sus derechos humanos.

³⁷² Torres Lagarde, Mercedes. **Desarrollo de estándares internacionales en materia de salud mental.** En: **Revista de derechos humanos-defensor, opinión y debate.** Número 11. Pág. 25.

³⁷³ **Ibid.**



Así también, las personas con discapacidad mental con frecuencia son internadas en instituciones psiquiátricas en contra de su voluntad y sin que medie un procedimiento judicial, quedando abandonadas por años, y hasta de por vida, en condiciones inhumanas; esto a pesar de que la protección que se otorga a este sector poblacional a nivel internacional y regional ha ido evolucionando, lo que puede verificarse que tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como el sistema interamericano de derechos humanos (SIDH), que a través de instrumentos internacionales y regionales han abordado el tema de la salud mental, como herramientas que promueven el reconocimiento, respeto y acceso efectivo al goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad mental o psicosocial y de las personas usuarias de los servicios de salud mental en condiciones de igualdad con las demás personas.

De la normativa nacional relacionada con este trabajo de investigación, se pueden destacar que en Guatemala existe un marco jurídico, lo que obliga y responsabiliza al Estado de Guatemala en materia de salud y bienestar de la población guatemalteca, entre los que se pueden mencionar:

a) La Constitución Política de la República de Guatemala, la cual regula lo relativo a la salud, en los siguientes Artículos:

“Artículo 51. Protección a menores y ancianos. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores de edad y de los ancianos. Les garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social. (...)



Artículo 53. Minusválidos. El Estado garantiza la protección de los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Se declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad. La ley regulará esta materia y creará los organismos técnicos y ejecutores que sean necesarios”.

b) La Ley del Régimen Penitenciario de Guatemala, establece en su “Artículo 14.

Asistencia médica. Las personas reclusas tienen derecho a la atención médica regular en forma oportuna y gratuita. Para el efecto los centros de detención preventiva y de condena deben contar con servicios permanentes de medicina general, odontología; psicología y psiquiatría, con su respectivo equipo. En caso de gravedad o cuando las personas reclusas lo soliciten, tienen derecho a ser asistidas por médicos particulares, o a recibir atención en instituciones públicas y/o privadas a su costa, previo dictamen favorable del médico forense y del Ministerio Público y con autorización del juez respectivo, salvo casos de extrema urgencia en los cuales saldrán con autorización del director del Centro, quien debe notificar inmediatamente al juez competente. Para el tratamiento de las personas reclusas que sufran de enfermedades infecciosas o contagiosas, se contará con un área especial, con el fin de contribuir a su tratamiento y proteger la salud de las demás personas del centro penitenciario, de conformidad con el diagnóstico del médico”.³⁷⁴

c) El Código Penal de Guatemala, en relación a esta población con discapacidad mental, establece las medidas de seguridad como alternativa a la pena para los

³⁷⁴ Congreso de la República de Guatemala. **Ley del Régimen Penitenciario. Decreto 33-2006.**



inimputables, en el Artículo 85.- “Las medidas de seguridad se aplicarán por tiempo indeterminado (...)”.³⁷⁵ Asimismo, el Artículo 86 prescribe: “Las medidas de seguridad previstas en este TÍTULO, solo podrán decretarse por los tribunales de justicia en sentencia condenatoria o absolutoria por delito o falta”.³⁷⁶ Y se hace alusión en el Artículo 87, en cuanto a que: “Se consideran índices de peligrosidad: 1º. La declaración de inimputabilidad”.³⁷⁷

d) **El Código Procesal Penal de Guatemala** establece en su Artículo 484 lo relativo al juicio para la aplicación exclusiva de medidas de seguridad y corrección: “Procedencia. Cuando el Ministerio Público, después del procedimiento preparatorio, estime que sólo corresponde aplicar una medida de seguridad y corrección, requerirá la apertura del juicio en la forma y las condiciones previstas para la acusación en el juicio común, indicando también los antecedentes y circunstancias que motivan el pedido”;³⁷⁸ y en su Artículo 485 establece: “El procedimiento se regirá por las reglas comunes, salvo las establecidas a continuación: 1) Cuando el imputado sea incapaz, será representado por su tutor o por quien designe el tribunal, con quien se llevarán a cabo todas las diligencias del procedimiento, salvo los actos de carácter personal. 2) En el caso previsto en el inciso anterior, no regirá lo dispuesto para la declaración del imputado, si fuere imposible su cumplimiento”.³⁷⁹

³⁷⁵ Congreso de la República de Guatemala. **Código Penal. Decreto 17-73.**

³⁷⁶ **Ibid.**

³⁷⁷ **Ibid.**

³⁷⁸ Congreso de la República de Guatemala. **Código Procesal Penal. Decreto 51-92.**

³⁷⁹ **Ibid.**



Asimismo, la Corte Suprema de Justicia es parte del **Acuerdo interinstitucional de actuación para la atención integral de personas sometidas a procesos penales con trastornos o retraso mentales y personas con estas condiciones sujetas a medidas de seguridad o internamiento en centros de atención especial, con el fin de que el estado garantice sus derechos humanos**, mismo que fue instaurado a raíz de la Medida Cautelar MC-370-2012 otorgada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, a favor de los de los pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental. De esa cuenta, la Corte Suprema de Justicia instruyó a los jueces de Primera Instancia Penal, Narcoactividad y Delitos contra el Ambiente y jueces de Ejecución de toda la República de Guatemala, para su aplicación en casos concretos.

Es preciso resaltar que el Acuerdo ya citado establece en sus puntos, lo siguiente: “2.2 En relación con los Centros Especializados de Internamiento: 2.2.1 Al ser notificado el organismo Judicial de la separación provisional de dos pabellones del Hospital Nacional de Salud Mental, para la atención de personas con trastornos mentales sometidos a proceso penal, comunicara a los jueces a efecto puedan ordenar el internamiento de los mismos en dicho centro”.³⁸⁰

“2.3 En relación con la revisión de medidas de seguridad y corrección: El Organismo Judicial orientara a los jueces para que de manera periódica, en coordinación con el Hospital Nacional de Salud Mental, puedan revisar la situación de quien es objeto de

³⁸⁰ **Acuerdo interinstitucional de actuación para la atención integral de personas sometidas a procesos penales con trastornos o retraso mentales y personas con estas condiciones sujetas a medidas de seguridad o internamiento en centros de atención especial, con el fin de que el estado garantice sus derechos humanos**, Guatemala 22 de abril de 2013.



una medida de seguridad o sustitutiva, que consista en tratamiento ambulatorio o su ingreso en un centro de atención especial, a efecto de decidir sobre la cesación o continuación de la medida, modificar el tratamiento o variar el establecimiento en el que cual se ejecuta, lo anterior con base en lo establecido en el Artículo 505 del Código Procesal Penal”.³⁸¹

“2.4 En relación con el conocimiento y resolución de los informes: Los informes remitidos por el Director del Hospital Nacional de Salud Mental o el director del centro especializado que corresponda, de las personas sujetas a medida de seguridad o medida sustitutiva, como los informes del Director del Sistema Penitenciario, de los privados de libertad con trastornos mentales que cumplen condena o sujetos a prisión preventiva, acompañados del dictamen del médico tratante, serán conocidos y resueltos atendiendo a los principios de celeridad y sencillez del proceso penal, iniciando si desaparecieron o no las causas que motivaron el ingreso”.³⁸²

El Acuerdo establece que las acciones encomendadas al Ministerio de Gobernación, específicamente sobre el Sistema Penitenciario en el inciso “3.1.4 En los casos de los privados de libertad con trastorno mental el Sistema Penitenciario no solo deberá tender a la readaptación social y a la reeducación de las personas privadas de libertad sino también garantizar su atención medica-psiquiátrica regular en forma oportuna y gratuita, para la atención de los trastornos mentales que presenta o superación de los mismos, para cuyo efecto deberá realizar las coordinaciones necesarias con el

³⁸¹ **Ibid.**

³⁸² **Ibid.**



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio de los centros especializados”.³⁸³

En cuanto a la Dirección del Sistema Penitenciario dicho Acuerdo indica en su punto: “3.1.8 La Dirección General del Sistema Penitenciario, previo a recibir el informe médico-psiquiátrico, deberá informar al Juez de Ejecución Penal competente cuando el privado de libertad con trastorno mental haya superado las circunstancias orgánicas o patológicas que le limitaban, sin excluir la capacidad de comprender o de querer del sujeto, solicitando se ordene cumpla su pena en el centro de cumplimiento de condena que corresponda de acuerdo al diagnóstico de ubicación que realice el equipo multidisciplinario del Sistema Penitenciario.”³⁸⁴

En cuanto al Instituto de Ciencias Forenses, expone la evaluación psiquiátrica forense: “6.3 De la evaluación psiquiátrica forense: El Instituto Nacional de Ciencias Forenses de Guatemala -INACIF-, a requerimiento de autoridad competente, realizara la evaluación psiquiátrica del procesado y solicitara aquellas pruebas de soporte diagnóstico que sean pertinentes, debiendo emitir dictamen respecto de la capacidad o incapacidad del procesado, dentro del plazo no menor de quince (15) días”.³⁸⁵ Asimismo, según el Acuerdo citado indica que posteriormente se da la audiencia de revisión de la medida de seguridad, donde el defensor público asignado propone un tutor o la variación de establecimiento de ejecución de la medida.

³⁸³ **Ibid.**

³⁸⁴ **Ibid.**

³⁸⁵ **Ibid.**



De lo ya escrito se verifica, que existe un procedimiento en Guatemala, para el tratamiento, atención y seguimiento de las personas con discapacidad mental; sin embargo, no se da un seguimiento a los privados de libertad enfermos mentales sometidos a procesos penales, que ya están dados de alta, muchas veces continúan detenidos indefinidamente en el Hospital Nacional de Enfermos Mentales, por falta de revisión de medidas de las seguridad; no se les garantizan el respeto a sus derechos humanos contemplados en la Constitución Política de la República de Guatemala, leyes ordinarias y Convenciones de Derechos Humanos ratificados por Guatemala.

Además, se destaca que no se cuenta con el Centro de Detención Especial del Sistema Penitenciario que menciona el Acuerdo citado, toda vez que en un solo pabellón de privados de libertad del Hospital de Salud Mental se encuentran los enfermos mentales con sentencia y los enfermos mentales con prisión preventiva, pendientes de revisión de la medida.

En cuanto a los recursos financieros y profesionales que se utilizan para garantizar la atención a las personas con discapacidad psicosocial, de los que se encuentran bajo la tutela del Estado, se determina que “del presupuesto general del Estado para el ejercicio fiscal 2010, que asciende a 49,723,107,632 quetzales, la Dirección General del Sistema Penitenciario tiene asignados 249 millones de quetzales equivalentes al 0.50% de los egresos definidos”.³⁸⁶

Esto representa una desatención por parte del Estado de Guatemala como garante para personas internadas en hospitales psiquiátricos e instituciones, toda vez que no se

³⁸⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. **Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas**. S. P.



está invirtiendo y designando los recursos necesarios y suficientes para el Sistema Penitenciario, para garantizar la permanencia, tratamiento y seguimiento de los enfermos mentales privados de libertad.

Asimismo, a los enfermos mentales con proceso penal no se les toman en cuenta el cómputo de la pena, desde el ingreso al pabellón de privados de libertad del Hospital Nacional de Salud Mental; solo a los privados que ya tienen sentencia, siendo estos una cantidad muy pequeña; en el mismo pabellón se encuentran los enfermos mentales (menores y adultos) con prisión preventiva o a la espera de revisión de medida y no se les da seguimiento a cada caso, por lo que se les alarga el castigo y aumento en el gasto del presupuesto asignado, lo que conlleva a transgresión a los derechos humanos de esta población vulnerable.

En tal sentido, el trabajo de la salud mental no es terreno exclusivo del sector salud, ya que implica un proceso intersectorial en el que participen todos los actores comprometidos con el bienestar de la sociedad guatemalteca, debiendo existir enfoques integrales de salud, desde lo biológico, psicológico, social del individuo, en interacción con su ambiente natural y cultural, para ampliar los horizontes de la intervención del proceso salud, enfermedad mental de los individuos, familias, grupos y comunidades, utilizando metodologías, desde las diferentes culturas de las poblaciones a las que se dirija, con su plena participación.

De esa cuenta, el Ministerio de Gobernación, el Sistema Penitenciario y el Ministerio de Salud, deben trabajar en conjunto en la implementación de hospitales para atención a los privados de libertad y hospitales de salud mental para menores de edad, y para los



menores en conflicto con la ley penal y adultos con proceso penal y los que están para atención de su salud mental.

En Guatemala sigue vigente el compromiso de actualizar las leyes conforme los estándares internacionales de derechos humanos en salud mental, la falta de acciones implica que los enfermos mentales no gocen de sus derechos civiles, derechos sociales, económicos, culturales y ambientales, que son la base de un estado completo de bienestar físico, mental y social.



CONCLUSIÓN

El ordenamiento jurídico guatemalteco, específicamente en materia de protección de los derechos humanos de personas con discapacidad mental, no cumple con los estándares internacionales en materia de salud mental, haciendo que esta situación no solo impide a esta población, el pleno goce de sus garantías y libertades fundamentales, sino que también, se traduce en todo tipo de abusos y violaciones graves y sistemáticas de sus derechos humanos.

Dentro del ordenamiento jurídico interno no existe regulación específica respecto de la salud mental y de los derechos de las personas con discapacidad mental; para lo cual se verifica que existe un mínimo de normas dispersas, que en su conjunto no responden ni garantizan los derechos humanos de esa población, exponiéndose de tal manera, a la estigmatización y discriminación en los ámbitos de salud, laboral, social, económico, etc.

El Estado de Guatemala no ha cumplido con el compromiso de actualizar las leyes conforme los estándares internacionales de derechos humanos en salud mental, por lo cual la falta de acciones implica que las personas con discapacidad mental no gozan de sus derechos civiles, sociales, económicos, culturales y ambientales, ni de las garantías y derechos procesales dentro de un proceso penal; por lo tanto, se violentan los derechos y garantías del debido proceso, dejando a este grupo poblacional en estado de indefensión, tanto social, legal y jurídicamente, contraviniendo con ello la base de un estado completo de bienestar físico, mental y social.



El sistema de salud en Guatemala trabaja en descoordinación y sin objetivos comunes, entre los que se incluye al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), a Sanidad Militar, al Hospital de la Policía Nacional Civil y servicios de instituciones públicas como las municipalidades, y otros, en el entendido que el trabajo de la salud mental no es terreno exclusivo del sector salud, toda vez que constituye un proceso intersectorial, en el que participen todos los actores comprometidos con el bienestar de la sociedad guatemalteca, con enfoques integrales de salud, desde lo biológico, psicológico, social del individuo, en interacción con su ambiente natural y cultural, para ampliar los horizontes de la intervención del proceso salud, enfermedad mental de los individuos, familias, grupos y comunidades.

Se evidencia la violación al derecho humano a la salud, que sufren las personas con discapacidad mental en internamiento o privadas de libertad, y a quienes se les sigue un proceso penal, porque no tienen atención médica, toda vez que en los centros de detención hay ausencia de médicos, psiquiatras, psicólogos, etc.; asimismo, no existe un presupuesto ajustado a las necesidades, para seguimiento y atención de esta población vulnerable, para su curación y reinserción social.

Por todo lo anterior, debe existir una ley que regule lo relativo a la asistencia primaria en salud mental y de aquellos que necesitan internamiento; además, de aquellos con discapacidad mental que estén sujetos a proceso penal, según los estándares internacionales, según los Convenios Internacionales en materia de derechos humanos ratificados por Guatemala.



El Estado de Guatemala debe actualizar las leyes conforme los estándares internacionales de derechos humanos en salud mental, pues la falta de acciones implica que los enfermos mentales no gocen de sus derechos civiles, derechos sociales, económicos, culturales y ambientales, para un estado completo de bienestar físico, mental y social.

El Ministerio de Gobernación, el Sistema Penitenciario y el Ministerio de Salud, deben trabajar en conjunto en la implementación de hospitales y personal médico, psiquiátrico, psicólogos, etc., en atención de la salud mental de personas adultas y de éstos cuando estén privados de libertad por un proceso penal; y, además de hospitales de salud mental para menores de edad y de aquellos en conflicto con la ley penal con discapacidad mental.

El Estado debe asignarle al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y al Ministerio de Gobernación, un presupuesto ajustado a las necesidades actuales al Sistema de Salud, especialmente para salud mental y al Sistema Penitenciario, para que invierta en construcción de hospitales y en atención médica en los centros de privación de libertad del país, (médicos, psiquiatras, psicólogos, equipo médico e informático, etc., y programas de reinserción social de los privados de libertad de este sector poblacional vulnerable.

Las instituciones que son parte del *Acuerdo interinstitucional de actuación para la atención integral de personas sometidas a procesos penales con trastornos o retraso mentales y personas con estas condiciones sujetas a medidas de seguridad o*



internamiento en centros de atención especial, con el fin de que el estado garantice sus derechos humanos, deben cumplir con el rol que les fue establecido en dicho Acuerdo.



BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR RUIZ, Leonor; et al. **Derechos y garantías del investigado con trastorno mental en la justicia penal. Proyecto de Investigación Ministerio de Economía y Competitividad.** España: Gobierno de España, 2016.
- AL-FAWAI, Miryam. **Circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal y enfermedad mental.** Madrid, España: Bosch Editor, 2013.
- ALIANZA POR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD. ACCESA. **el acceso universal a la salud. Algunos elementos para la discusión.** Guatemala: Editorial Serviprensa, 2015.
- BALBUENA PÉREZ, David Eleuterio. **La libertad vigilada en la Ley Orgánica 5/2000 de reforma del Código Penal de 1995. Tesis doctoral.** España: Universitat Jaume I, 2014. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/387436>.
- BECERRIL-MONTEKIO, Víctor; LÓPEZ DÁVILA, Luís. **Sistema de Salud en Guatemala.** (Artículo de Revisión). En: **Salud Pública de México/Vol. 53, Suplemento 2.** Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México, Centro de Investigación de las Ciencias Médicas de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, 2011.
- CABELLO, Vicente. **Psiquiatría forense en el derecho penal. Doctrina. Jurisprudencia. Pericias. Tomo I.** Buenos Aires, Argentina: Editorial Hammurabi, S.R.L., (s. f.).



CAMPOS PAÉZ, Fabián, et al. **La enfermedad mental en el derecho penal.** En:

Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental. Vol. 3, julio 2012.

CARVAJAL OVIEDO, Hugo Eduardo; POPPE MUJICA, Verónica. **La psiquiatría**

forense en el proceso penal. En: **Revista de Investigación e Información en**

Salud, Vol. 15, No. 12. 2010. Disponible en:

<http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?lng=en&pid=S2075->

[61942010000300009&script=sci_arttext](http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?lng=en&pid=S2075-61942010000300009&script=sci_arttext)

CASTRO B., Dennis A.; DICKERMAN DE CASTRO, Arema. **Medicina Legal.**

Psiquiatría Forense. Psicogénesis Delictiva. Honduras: Alin Editora, 1994.

CENTRO DE ESTUDIOS DE LA JUSTICIA. **El tratamiento del inimputable**

enajenado mental en el proceso penal chileno. En: **Revista de Estudios de**

la Justicia - No. 10. 2008.

COHEN, Hugo. **Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares**

internacionales. Argentina: Organización Panamericana de la Salud,

Organización Mundial de la Salud, 2009.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Informe sobre los**

derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas.

2011.

COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. **Pronunciamiento: Situación de**

las personas con discapacidad psicosocial e inimputables en centros

penitenciarios de la república mexicana. 25 años CNDH. México: Comisión

Nacional De Derechos Humanos, 2016.



CRIOLLO ORELLANA, Christopher Fabián; MOGROJEVO RIVAS, Roberto Eugenio.

Observancia del Tratamiento Jurídico Penal a las Personas con Trastornos Mentales. En: **Revista Conrado**, 15. Mayo, 2019.

DOCUMENTA. **Informe sobre los derechos de las personas con discapacidad psicosocial e intelectual en el sistema de justicia penal.** México, 2013.

DUQUE, Vilma. **De víctima del conflicto armado a promotores de cambio: Trabajo psicosocial y reconciliación en Guatemala.** 2005. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/14997a.pdf>

FALCONE SALAS, Diego. **Una mirada crítica a la regulación de las medidas de seguridad en Chile.** En: **Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso [online]. No. 29.** 2007. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512007000100007>.

FREEMAN, Melvyn; PATHARE, Soumitra. **Manual de Recursos de la OMS, sobre salud mental, derechos humanos y legislación. Sí a la atención, no a la exclusión.** Organización Mundial de la Salud, 2006.

FUNK, Michelle; DREW, Natalie; SARACENO, Benedetto. **Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Sí a la atención, no a la exclusión.** Organización Mundial de la Salud, 2006.

GAVIRIA TRESPALACIOS, Jaime. **La Inimputabilidad: Concepto y Alcance en el Código Penal Colombiano.** **Revista Colombiana de Psiquiatría. Suplemento No. 1, Vol. XXXIV,** 2006.



GUIMÓN, José. **La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los derechos humanos.** En: **Cuadernos Deusto de Derechos Humanos. No. 28.**

Universidad de Deusto. Instituto de Derechos Humanos, 2004.

HERNÁNDEZ MACK, Lucrecia. **Sistema de Salud. Marco conceptual. El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?** Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD-, 2007.

JIMÉNEZ, Heidi V., VÁSQUEZ, Javier. **El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas.** En: **Revista Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health, 9.** 2001.

LOMBRAÑA, Andrea N. **El derecho penal del peligroso: medidas de seguridad y regímenes de excepción una lectura antropológica.** En: **Revista Publicar en antropología y ciencias sociales, Vol. X No. XIII.** 2012. Disponible en: <https://publicar.cgantropologia.org.ar/index.php/revista/article/view/241>

MEDINA, Antonio, et al. **Psiquiatría y ley: preguntas y respuestas.** España: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2016.

MENDONÇA, Suzana Maria. **Dignidad y autonomía del paciente con trastornos mentales.** En: **Revista Bioética Vol. 27, no. 1.** Ene./Mar., 2019 Disponible en: Doi: 10.1590/1983-80422019271285

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **Diagnóstico Nacional de la Salud.** Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2012.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **Plan Estratégico Institucional 2018-2031.** Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2018.



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **Programa Nacional de Salud Mental. Política de Salud Mental, 2007-2015.** Guatemala: Magna Terra

Editores, S. A., 2008.

MONTEIRO, Viviane. **Enfermedad mental, crimine y dignidad humana. Un estudio sobre la medida de seguridad en Brasil.** Quito, Ecuador: Corporación Editora Nacional, 2015.

NUCETTE RIOS, Eligio. **Derechos humanos y psiquiatría. Capítulo criminológico. Vol. 32, No. 2.** Abril-junio, 2004.

OFICINA DE DERECHOS HUMANOS DEL ARZOBISPADO DE GUATEMALA. **Manual de visitas y monitoreos a lugares de privación de libertad: Centros de rehabilitación y hospital psiquiátrico.** Guatemala: Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala, 2017.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO; ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Manual sobre Reclusos con necesidades especiales.** Viena, Austria; Nueva York, Estados Unidos: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; Organización de las Naciones Unidas, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Invertir en Salud Mental.** (s. f.)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.** Organización Mundial de la Salud, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **Informe sobre el Sistema de Salud Mental en Guatemala 2011.** Guatemala: 2011.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.** Washington, D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para la Américas. 2018.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Salud mental y derechos humanos. Los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad por enfermedad mental.** En: **Cuadernos de Promoción de la Salud No. 8.** Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 2004.

PÉREZ GONZÁLEZ, Ernesto. **Tareas forenses de la psiquiatría y otros vínculos con el derecho penal y la criminología.** En: **Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 1,** diciembre, 2005. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80617859013.pdf>

PITCH, Tamar. **Responsabilidad penal y enfermedad mental. Justicia penal y psiquiatría reformada en Italia.** En: **Revista de Ciencias Sociales,** 1989.

REVIRIEGO PICÓN, Fernando. **Centros Penitenciarios y Personas con Discapacidad.** **Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Vol. 38, No. 109,** Medellín, Colombia: Julio-diciembre de 2008.



REYES TICAS, Jesús Américo. **Momentos históricos de la psiquiatría de Centroamérica y República dominicana en la perspectiva de la Asociación**

Centroamericana de psiquiatría. (s. e.), 2010. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/centroamericana.pdf>

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Rosa María. **Excluidos e internados. La problemática de las personas con discapacidad en centros penitenciarios. Grupo de estudio sobre tendencias sociales.** España: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Fundación Sistema. Fundación ONCE – VISTA LIBRE, 2017.

RODRÍGUEZ, Jorge Jacinto; et al. **Informe Especial Sistemas de Salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una evaluación mediante el WHO – AIMS.** En: *Rev Panam Salud Pública*, 2007.

RODRÍGUEZ, Jorge; DE LA TORRE; Alejandro, MIRANDA, Claudio T. **La salud mental en situaciones de conflicto armado.** En: *Biomédica*, Vol. 22, 2002.

ROS ALCARAZ, Pedro. **Culpabilidad y enfermedades mentales. La justificación del castigo penal.** En: *XVI seminario internacional de filosofía del derecho y derecho penal. La justificación del castigo penal.* Disponible en: <https://ficp.es/wp-content/uploads/Ros-Alcaraz-Pedro-Culpabilidad-y-enfermedades-mentales.pdf>

SALDAÑA, Javier. **Derechos del enfermo mental.** México: Cámara de Diputados LVIII Legislativa. Universidad nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2000.



SANTIRSO RUÍZ, Marino; et al. **Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Legislación sobre salud mental y derechos humanos.**

España: Editores Médicos, S. A., 2005.

SOLÉ ARRONDO, María Elena. **La clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento.** En: **Revista Cubana de Psicología. Vol. 19, No. 3, 2002.**

TORRES LAGARDE, Mercedes. **Desarrollo de estándares internacionales en materia de salud mental.** En: **Revista de derechos humanos-defensor, opinión y debate. Número 11.** México: 2010.

VELÁSQUEZ VELÁSQUEZ, Fernando. **Las medidas de seguridad. Aproximación al Código Penal panameño de 1982.** En: **Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, No. 96,** Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/derecho/article/view/4336>

VON AHN, Erick. **Dr. Carlos Federico Mora Portillo (1889-1972): Pionero de la salud mental y de la psiquiatría en Guatemala.** En: **Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 28, núm. 2, 1996.** Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/805/80528211.pdf>

Legislación:

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. **Constitución Política de la República de Guatemala.** 1985.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. **Código Penal. Decreto 17-73.** Guatemala: 1973.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. **Código Procesal Penal. Decreto**

51-92. Guatemala: 1992.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. **Código de Salud. Decreto 90-97.**

Guatemala: 1997.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. **Ley del Régimen Penitenciario.**

Decreto 33-2006. Guatemala: 2006.

Acuerdo interinstitucional de actuación para la atención integral de personas sometidas a procesos penales con trastornos o retraso mentales y personas con estas condiciones sujetas a medidas de seguridad o internamiento en centros de atención especial, con el fin de que el estado garantice sus derechos humanos.

ONU. **Declaración Universal de los Derechos Humanos**, 1948.

ONU. **Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos**. 1957.

ONU. **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, 1966.

ONU. **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, 1966.

ONU. **Declaración de los derechos de los impedidos**, 1975.

WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Declaración de Hawai**. 1977.

OEA. **Convención Americana Sobre los Derechos Humanos**, 1978.

OEA. **Protocolo adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)**, 1988.

OMS; OPS. **Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud**, 1990.



- ONU. **Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental**, 1991.
- OEA. **Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre**, 1992.
- OEA. **Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación de las personas con discapacidad**, 1999.
- ONU. **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**, 2007.
- ONU. **Reglas de Brasilia sobre acceso a la justicia de las personas en condición de vulnerabilidad**, 2008.
- ONU. **Reglas mínimas de las naciones unidas para el tratamiento de los reclusos “Reglas Mandela”**, 2015.