

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas
con especialidad en Psiquiatría
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas
con especialidad en Psiquiatría

Mayo 2015



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Edna Anabella Julian Leal

Carné Universitario No.: 100021293

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Psiquiatría, el trabajo de tesis "Relación trastorno mental y delito"


Que fue asesorado: Dr. Héctor Mauricio Aquino Matamoros

Y revisado por: Dr. Claudia Lorena Betancourt Sánchez

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para mayo 2015.

Guatemala, 04 de mayo de 2015


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

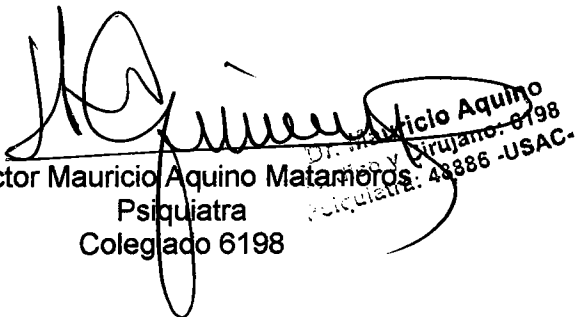
/mdvs

Guatemala, 26 de agosto del 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General de Programas de Maestría y Especialidades
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente;

Por este medio le informo que asesoré y revisé el contenido del Informe Final con título "Relación Trastorno Mental Y Delito, Hospital Nacional De Salud Mental, Pabellón Privados De Libertad, 2012-2013" de la Dra. Edna Anabella Julián Leal, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post-Grado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted;


Héctor Mauricio Aquino Matameros
Psiquiatra
Colegiado 6198
Dr. Héctor Mauricio Aquino Matameros y Colegiado: 6198
Psiquiatra: 48886 -USAC-

ASESOR

Guatemala, 3 de septiembre del 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General de Programas de Maestría y Especialidades
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente;

Por este medio le informo que asesoré y revisé el contenido del Informe Final con título "Relación Trastorno Mental Y Delito, Hospital Nacional De Salud Mental, Pabellón Privados De Libertad, 2012-2013" de la Dra. Edna Anabella Julián Leal, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por el Post-Grado de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me despido de usted;

A handwritten signature in black ink is written over a circular official stamp. The stamp contains the text: "Dra. CLAUDIA BETANCOURT SANCHEZ", "PSIQUIATRA", and "COLEGIADO 10996".

Claudia Lorena Betancourt Sánchez
Psiquiatra
Colegiado 10996

REVISOR

ACTO QUE DEDICO

A Dios:	Por su misericordia y tan benévolo amor
A mi Madre:	<i>María lesbia Leal Chávez</i> Por ser el ejemplo que siempre he querido seguir y estar conmigo en todo momento, viviendo cada etapa de mi vida como si fuera la de ella
A mi Padre:	<i>Francisco Daniel Julian Flores</i> Porque se que desde el cielo celebra conmigo
A mi Esposo:	<i>Juan Carlos Revolorio Gutiérrez</i> Con mucho amor y ternura, por sorprenderme siempre con tus detalles que enamoran
A mi hijo:	<i>Julian Alejandro Revolorio Leal</i> Por haber llegado a mi vida convirtiéndote en la fuente de toda buena inspiración
A mis Hermanas:	<i>Lesbia Jeanneth y Diana Maribel</i> Porque me demuestran su apoyo, saben ambas que tienen el mío
A mis Suegros:	<i>Carlos Revolorio y Georgina Gutiérrez</i> Porque a cada actividad, cada clase, cada turno lo realice con toda la tranquilidad sabiendo que mi hijo estaba a su cuidado. Estaré siempre agradecida por eso.
A mi sobrina:	<i>Diana Rebeca</i> Por esa sonrisa que llena de amor
A la Universidad de San Carlos De Guatemala:	Con todo orgullo egresada de sus aulas

INDICE

	Resumen	i
I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	4
III.	Objetivos	7
IV.	Material y Métodos	8
V.	Resultados	11
VI.	Discusión y análisis	30
	Conclusiones	32
	Recomendaciones	33
VII.	Referencias Bibliográficas	34
VIII.	Anexos	37

RESUMEN

El paciente privado de libertad esta ligado a un proceso penal, tipificado como delito en un juzgado de instancia Penal, si al Juez le parece pertinente lo hace evaluar por el Psiquiatra quien dará el peritaje sobre la integridad mental durante el hecho que se le imputa, ante esa condición, el paciente queda recluso bajo orden judicial para el seguimiento y emisión de un informe forense; entonces se busco si existe relación entre el tipo de enfermedad mental con el delito cometido, abarcando la valoración del comportamiento violento entre pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental del pabellón privados de libertad, que aquellos que han cometido delito y no tienen diagnostico de enfermedad mental, para determinar si padecer una enfermedad mental es sinónimo de mayor peligrosidad, el segundo grupo corresponde a sindicados en los Juzgados de Instancia Penal del Municipio de Mixco, ambos grupos evaluados con el instrumento HCR-20, que consta de 20 ítems con punteo de 0 a 2 puntos, que abarca en uno de sus ítems el grado de psicopatía por medio del instrumento PCL-SV, el resultado de ambos, se compararon por medio de casos y controles, aplicando chi cuadrado y fuerza de asociación entre presencia de enfermedad mental y delito. El delito; Portación ilegal de armas de fuego de uso Civil y/o Deportiva es el de mayor Frecuencia en los procesados sin enfermedad mental, Asesinato es el mas frecuente en los pacientes privados de libertad; en los procesados sin enfermedad mental la escala de guía de comportamiento violento, la mayoría se encontraba en moderado y la minoría en bajo; En los pacientes privados de libertad en la misma escala la mayoría se encontró moderado riesgo de comportamiento violento (47%) y la minoría en bajo riesgo (21%). Los resultados en ambos denotan que la diferencia en número es mínima y la estadística nos confirma que esta diferencia no es significativa, al igual con la medición de Odds Ratio demuestra poca fuerza de asociación entre comportamiento violento y enfermedad mental; entonces la diferencia es la inversión de la escala PCL-SV, para determinar psicopatía. La psicopatía no esta determinada como trastorno de la personalidad, esta es diferenciada de la personalidad antisocial y del trastorno limítrofe de personalidad, a pesar de la alta superposición sintomática entre la psicopatía y los trastornos de personalidad, sus consecuencias para la sociedad, justifican su estudio como entidad independiente.

I. INTRODUCCION

Dos pilares principales en la perspectiva de la hospitalización psiquiátrica son el marco legal y el entorno del paciente, lo cual nos hace pensar la importancia de la permanencia de los pacientes privados de Libertad en el hospital Nacional de Salud Mental, ya que estos no cuentan con aquellas conductas que se adaptan a las normas sociales, buenas costumbres y comportamientos éticos y morales preestablecidos en determinada comunidad o cultura y dado que en el hospital no existen las medidas necesarias para la ubicación de estos pacientes, y que según los derechos humanos del paciente psiquiátrico este tiene derecho recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social por medio de programas de terapia ocupacional educativa y de rehabilitación psicosocial, en áreas adecuadas y con las condiciones de higiene y espacio. Y de acuerdo a la ley de régimen penitenciario el sistema tiene como fines: a) Mantener la custodia y seguridad de las personas reclusas en resguardo de la sociedad; y, b) Proporcionar a las personas reclusas las condiciones favorables para su educación y readaptación a la sociedad, que les permita alcanzar un desarrollo personal durante el cumplimiento de la pena y posteriormente reintegrarse a la sociedad. (3,4) Entre más personas hay en un lugar, más se incrementa el nivel de hostilidad entre ellas, esto crea situaciones de difícil manejo en los que pacientes no agresivos pueden salir perjudicados.

Si bien la trasgresión es la constante en la conducta psicopática, no necesariamente, será lo suficientemente grave como para ser catalogada de conducta criminal, la psicopatía, tal como fue concebida originariamente por el médico psiquiatra Hervey Cleckley (1941), no se limita al hecho de involucrase en actividades ilegales, sino que también abarca características de la personalidad tales como la manipulación, la falta de sinceridad, el egocentrismo, y la falta de sentimiento de culpa, características que se encuentran claramente presentes en criminales, pero también en cónyuges, padres, jefes, abogados, políticos, etc

La peligrosidad se ha convertido, a pesar de provenir de disciplinas del ámbito jurídico-forense, un criterio importante en la toma de muchas decisiones relacionadas con la gestión de la atención de los pacientes psiquiátricos civiles y forenses. Debido al rol que tienen los profesionales de la salud mental en la identificación de la peligrosidad y la relevancia de los problemas del comportamiento violento en pacientes afectados de trastorno mental, es cada

día mas urgente incorporar entrevistas que estén fundamentadas empíricamente, para la toma de decisiones clínicas.

El instrumento HCR-20 evalúa el riesgo de violencia física y fue desarrollado para ser aplicado en el ámbito psiquiátrico civil, forense y penitenciario. Funciona como una guía con la cual se alcanzan juicios probabilísticos sobre el riesgo de ocurrencia de violencia en el futuro. Permite realizar una evaluación personalizada orientada al manejo preventivo mediante la consideración de 20 factores de riesgo seleccionados por su asociación con la violencia en la bibliografía científica y profesional, y también mediante la consulta a profesionales de la salud mental forense. Contiene tres subescalas que reúnen factores de riesgo de tres tipos: pasados, presentes y futuros. La subescala histórica (H) está conformada por 10 ítems de carácter estático que recogen información típicamente documentada en los registros oficiales y referentes a la biografía del paciente. La subescala clínica (C) incluye cinco ítems relacionados al funcionamiento psicológico actual del evaluado. La subescala de riesgo (R) está compuesta de cinco ítems que reflejan factores de riesgo situacionales futuros. Asimismo, la inclusión de factores dinámicos hace al instrumento adecuado para hacer evaluaciones repetidas en función de cambios en las circunstancias, pues un fundamento en esta perspectiva de trabajo es el carácter cambiante y situacional del riesgo de violencia. Los clínicos deben establecer el nivel (bajo, moderado o alto) de riesgo de violencia en cada caso basándose en la evaluación estructurada de los factores de riesgo, la importancia que estima que poseen para el caso en cuestión y el grado de intervención que considere adecuado para prevenir la violencia. Para la administración de esta escala se utilizan diversas fuentes de datos que puedan garantizar una información fiable (expedientes, historias clínicas y entrevistas). La información obtenida de la historia clínica o la documentación disponible, utilizada previamente a la entrevista con el paciente, proporcionará un esquema a completar durante la entrevista con el sujeto. La administración del HCR-20 requiere un juicio y capacidad profesional y cierta familiaridad con la bibliografía sobre la naturaleza y la predicción de la violencia (19)

Para la evaluación del ítem H7 debe de utilizarse la Psychopathy Checklist: Screening Version o PCL: SV (Hart, Cox y Hare, 1995) es un instrumento utilizado frecuentemente en ámbitos clínicos y forenses para la evaluación de la psicopatía. Desde un punto de vista diagnóstico y pronóstico, es útil para evaluar, con más especificidad, el Trastorno Antisocial de la Personalidad -TAP-, presente aproximadamente en un 70% de internos en prisiones, respecto a la psicopatía, que lo es en un 15-25%. Se trata de una entrevista semiestructurada, que junto con información complementaria relativa a antecedentes biográficos del sujeto en todos los ámbitos (penal,

familiar, laboral, toxicológico, afectivo) evalúa 12 ítems de 0 a 2, con una puntuación máxima de 24. La zona de corte para el diagnóstico de psicopatía lo sitúan alrededor de 18 puntos, esta es pronostica respecto a reincidencia delictiva, mala respuesta a tratamientos/intervenciones convencionales, peligrosidad y riesgo de violencia futura, entre otros. (20, 21)

El paciente privado de libertad se define, por estar ligado a un proceso penal, el cual se refiere a que esta sindicado de un delito tipificado por un juzgado de instancia penal. Delito, se define como culpa en quebrantamiento de las leyes, acción o cosa reprobable, acción u omisión involuntaria imprudente penada por la ley (1). El Juzgado de Primera Instancia Penal, Narcoactividad y Delitos contra el ambiente, es el órgano competente de impartir justicia y controlar además de ser el contralor de la investigación de los hechos que se ponen en conocimiento del órgano jurisdiccional, en estos juzgados es a donde los agentes de la policía Nacional Civil, presentan las prevenciones policiales o información de conducciones de las personas que han cometido algún ilícito penal, y luego de asignárseles un número de proceso y entregárselo al oficial que corresponda se procede a celebrar audiencia de primera declaración en el plazo establecido por la Ley, es en ese momento en donde el Juez toma una decisión judicial para establecer la situación jurídica del o de los sindicados. (22, 23) Sin embargo, para la toma de decisiones se apoya en los peritajes de los expertos, en este caso nos referimos al área del psiquiatra forense.

Por lo que se describió y relaciono los trastornos mentales con el tipo de delitos que se les imputa a los pacientes privados de libertad del hospital nacional de salud mental, y se valoró si el riesgo de comportamiento violento en los pacientes privados de libertad era mayor que aquellos sujetos procesados en juzgados de instancia penal sin diagnóstico psiquiátrico, esto con la utilización del instrumento HCR 20 guía de valoración de riesgo de comportamiento violento.

II. ANTECEDENTES

Los primeros conocimientos de la medicina aplicados a la resolución de los problemas legales, datan de mucho tiempo. Los papiros de Edwin Smith y de Ebers, relatan los conocimientos médicos de los egipcios 3,000 años a.C. y la aplicación que hacían de estos conocimientos en la práctica forense, así Imhotep en la época del rey Zoser era Jefe de Justicia, Medico, Arquitecto y uno de los primeros que aprovecho los conocimientos médicos en auxilio de la Justicia.

En 1507 Ambrosio Paré en Francia, publicó, normas para la discusión de los nacimientos de monstruos, para los simuladores de enfermedades y métodos para la forma de hacer los reportes médicos-legales. (6)

En Guatemala se debe considerar el doctor Carlos Federico Mora como el maestro iniciador de la moderna Medicina Forense, quien sirvió el cargo de Jefe del Servicio Médico Forense en los años comprendidos de 1923 a 1927 y de 1930 a 1932; habiendo sido Profesor de la materia en las facultades de Ciencias Medicas y Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (7)

La Psiquiatría y la ley, han estado asociadas durante más de tres mil años, pero su relación actual es nueva. Por ser el hecho criminal un suceso que rompe la armonía de las relaciones humanas, poniendo a unos hombres contra otros y contra la norma legal, es natural que siempre se presintiera lo patológico en el hecho y la anormalidad en el hechor y que en consecuencia se solicitaran la opinión del psiquiatra o del médico o del "físico" cuando aún no habían psiquiatras, sobre el estado de salud mental del privado de libertad. Esa colaboración se ajusto siempre, como es natural, a la orientación dominante en el pensamiento científico durante la época en que se presentaba: hacia el espiritualismo, si se creía que el estudio de las alteraciones psicopatológicas tenían que emprenderse con un criterio filosófico dualista; hacia el organismo, mientras privó la idea de que estas alteraciones dependen siempre de lesiones cerebrales: hacia un eclecticismo más comprensivo y racional, desde que se convino en que tanto los daños anatómicos y las disfunciones fisiológicas, como los conflictos íntimos y las anormalidades de la conducta, intervienen en la génesis de aquellas alteraciones y, por ende, en la de las consecuencias, una de las cuales puede ser, y es a menudo el hecho delictivo. (9)

La psiquiatría forense es la rama que estudia la condición psíquica del evaluado desde el punto de vista Médico Legal, con el objetivo de establecer la condición mental en función de los requerimientos de la Justicia con el fin de orientar a la autoridad. (10) según el Psiquiatra J. Marcó Ribe la Psiquiatría Forense es la que actúa en función de la Justicia, y su objeto de estudio es el hombre enfermo de la mente, ya sea violador de la normativa jurídica, ya esté necesitado de protección jurídica.

Una investigación realizada por psicólogos de la Universidad de Vanderbilt, en Estados Unidos, ha revelado que los psicópatas presentan una anomalía muy concreta en el sistema de recompensa del cerebro. Esta anomalía podría ser lo que provoca que estos individuos den importancia por encima de todo a la satisfacción de sus propios intereses o necesidades, sin importarles los efectos de sus actos sobre otras personas o los peligros que puedan conllevar dichos actos, esto se publicó en un artículo de la revista Nature Neuroscience vol. 13, páginas 419–421 el 14 de marzo del año 2010, el estudio dirigido por el psicólogo Joshua Buckholtz, refiere que el sistema de recompensa de la dopamina en el cerebro de estos indica que el mismo es más reactivo de lo normal, en una primera parte de su experimento se dio a los individuos sometidos al estudio una dosis de anfetamina o speed. Posteriormente, los cerebros de estos voluntarios fueron escaneados con la tecnología tomografía por emisión de positrones TEP, para comprobar la liberación de dopamina en respuesta a los estimulantes. Así, se comprobó que aquellas personas sometidas al experimento que habían presentado los niveles más altos de características psicopáticas en el test inicial presentaban niveles de liberación de dopamina tras el consumo de anfetamina casi cuatro veces superiores. (17)

Un estudio liderado por Guido Frank, científico y físico de la Universidad de California, demostró con imágenes de resonancia magnética del cerebro ha analizado la actividad neuronal de un pequeño grupo de adolescentes valorados como “reactivamente agresivos”, considerando la violencia reactiva como una explosión que surge cuando una persona experimenta una tensión, amenaza o dificultad que es incapaz de afrontar de otra forma. Las reacciones de estos individuos son desproporcionadas y, en estos casos, las personas son incapaces de controlarse a sí mismas; Cuando se le mostró al grupo analizado imágenes de rostros amenazantes, los cerebros de los chicos agresivos, comparados con gente capaz de controlarse, mostraron una mayor actividad en la amígdala, una parte del cerebro que se

relaciona con el miedo; y una menor actividad en el lóbulo frontal, región cerebral vinculada a la capacidad de razonamiento y de toma de decisiones, así como al auto-control.

Adriane Raine neurocientífico de la Universidad de Pensilvania estudió 792 asesinos e individuos con un comportamiento antisocial y con 704 personas de comportamiento normalizado, y descubrieron que en los primeros la corteza prefrontal del cerebro era de menor tamaño en comparación con la corteza prefrontal de los individuos capaces de controlarse. Un meta-análisis, de 47 estudios con imágenes cerebrales de adultos, confirmó el descubrimiento de Raine: las personas con un comportamiento antisocial, particularmente aquéllas con un historial de violencia, presentaban deterioros tanto estructurales como funcionales en dicha región cerebral. En este grupo, la corteza prefrontal era más pequeña y menos activa (29).

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Relacionar los trastornos mentales con el tipo de delitos que se les imputa a los pacientes privados de libertad.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Valorar el riesgo de comportamientos violentos en los pacientes privados de libertad

3.2.2 Describir los trastornos mentales de los pacientes privados de libertad por haberseles imputado un delito

IV. MATERIAL Y METODOS

4.1 El tipo de estudio

El estudio es un estudio de tipo Casos y Controles

SUJETO DE ESTUDIO (UNIDAD DE ANÁLISIS): Para esto se utilizó los Expedientes clínicos de pacientes con implicación legal del pabellón 5 del hospital nacional de Salud Mental; Pacientes del pabellón 5 del hospital Nacional de Salud mental; Personas ligadas a proceso legal en Juzgado contralor del Municipio de Mixco

4.2 La Población:

Pacientes ingresados que estén ligados a proceso penal por juzgado de Instancia Penal, en el pabellón 5 de privados de libertad, del Hospital Nacional de Salud Mental, donde hay un promedio de 52 pacientes

CASO: Pacientes de pabellón Número cinco, privados de libertad, del hospital Nacional de Salud Mental, mayores de 18 años de edad, que permanezcan ingresado durante el ciclo 2012-2013 por estar ligados a proceso legal en un juzgado de Instancia Penal.

CONTROL: Persona masculina ligada a proceso legal en un Juzgado de Instancia Penal del Municipio de Mixco, sexo masculino, mayor de 18 años, durante el periodo comprendido 2012-2013, pero que no sean pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental ni de otra institución en el área psiquiátrica.

UNIVERSO Y MUESTRA: Caso: 100% de confiabilidad, totalidad de pacientes del pabellón 5 de Psiquiatría Forense que estén ligados a proceso legal por Juzgado de Instancia Penal

Control: Captación aleatoria para selección de controles realizando un apareamiento de 1:1 (caso: control).

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Caso: paciente ingresado por orden de juez de instancia penal al pabellón número 5 del hospital nacional de salud mental que sea mayor de edad y que firme el consentimiento informado, que hable castellano

Control: persona que este ligado a proceso legal por juzgado de primera instancia penal, mayor de 18 años, que hable castellano, que firme el consentimiento informado.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Caso: menor de edad, que no firme el consentimiento informado, que este en estado de psicosis

Control: que sea menor de edad, que no firme el consentimiento informado, que este bajo tratamiento psiquiátrico.

4.3 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se revisaron los expedientes médicos previo a la Utilización de la guía de valoración de riesgo en los pacientes del pabellón 5 en la clínica de dicho pabellón del Hospital Nacional de Salud Mental y luego se utilizara la guía en personas con implicación legal en el juzgado contralor del municipio de Mixco.

4.4 ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

En el estudio antes de utilizar la guía de valoración de riesgo HCR 20 se hace un conocimiento informado, no se influyó de manera alguna en el manejo de pacientes, así como también se manejó la información de manera anónima y confidencial.

4.5 PLAN DE ANÁLISIS:

Se realizó la recolección de datos conforme a la guía de valoración de riesgo HCR 20, para el análisis se usara una tabla de 2 x 2, utilizándose la prueba estadística inferencial de Chi cuadrado (X^2), la cual se interpretó, si $X^2 > 3.84$ ($p < 0.05$), con IC 95% existía significancia estadística y se calculó la fuerza de asociación a través del calculo de Odds Ratio (OR) y se determinó la prevalencia del trastorno mental más frecuente en el pabellón número cinco.

Tabla 2 x 2

	Caso	Control	
Expuesto	A	B	a+b
No Expuesto	C	D	c+d
	a+c	b+d	N

$$X^2 = \frac{n.(ad - bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c}$$

$$Prevalencia = \frac{\text{Tipo Trastorno mental}}{\text{Población Total}} \times 100$$

4.6 RECURSOS:

o Humanos

Personal de enfermería a cargo del pabellón 5 Hospital Nacional de Salud Mental

Personal a cargo de la audiencia del Juzgado de Instancia Penal del municipio de Mixco, departamento de Guatemala

Personal médico entrevistador

Custodios

o Físico

Clínica de pabellón número 5 Hospital Nacional de Salud Mental

Sala de audiencias del Juzgado de Primera Instancia Penal, Narcoactividad y Delitos contra el ambiente, Municipio de Mixco, departamento de Guatemala

o Materiales

Registros Clínicos de Hospital Nacional de Salud Mental

Oficios de ingreso extendidos en juzgados de instancia penal

Computadora

Equipo de Oficina.

V. RESULTADOS

LIGADOS A PROCESO

Tabla 1

GRUPO ETARIO

18 a 22 años	13
23 a 27 años	14
28 a 32 años	12
33 a 37 años	2
38 a 42 años	3
43 a 47 años	1
48 a 52 años	0
53 a 57 años	1
58 a 62 años	0
63 años en adelante	2

Gráfica 1

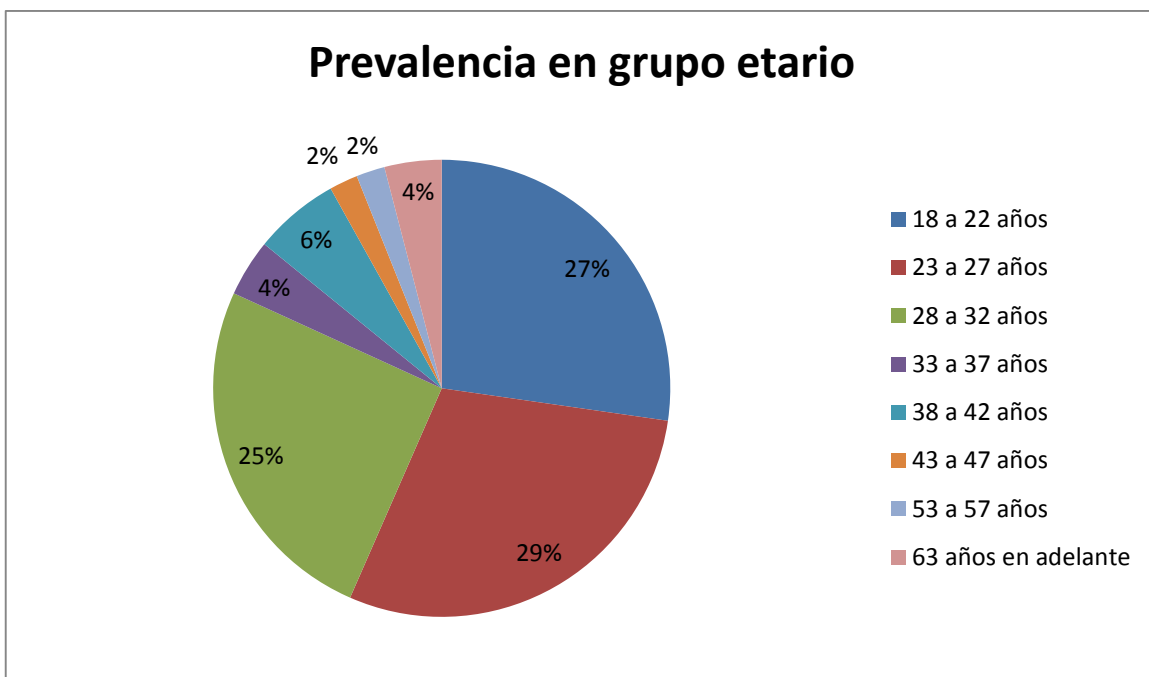


Tabla 1 y gráfica 1: Los primeros tres rangos de edades son los de mayor prevalencia debido a que la esperanza de vida que tienen las personas dedicadas a delinquir es menor que el resto de la población y por la posible inexperiencia se comentan indiscreciones que los llevan a su arresto.

Tabla 2

PROCEDENCIA

Chimaltenango	1
El Salvador	1
Guatemala	36
Retalhuleu	1
Jutiapa	4
Escuintla	1
Santa Rosa	1
Suchitepéquez	1
Sacatepéquez	1
No Sabe*	1

*indigente

Gráfica 2

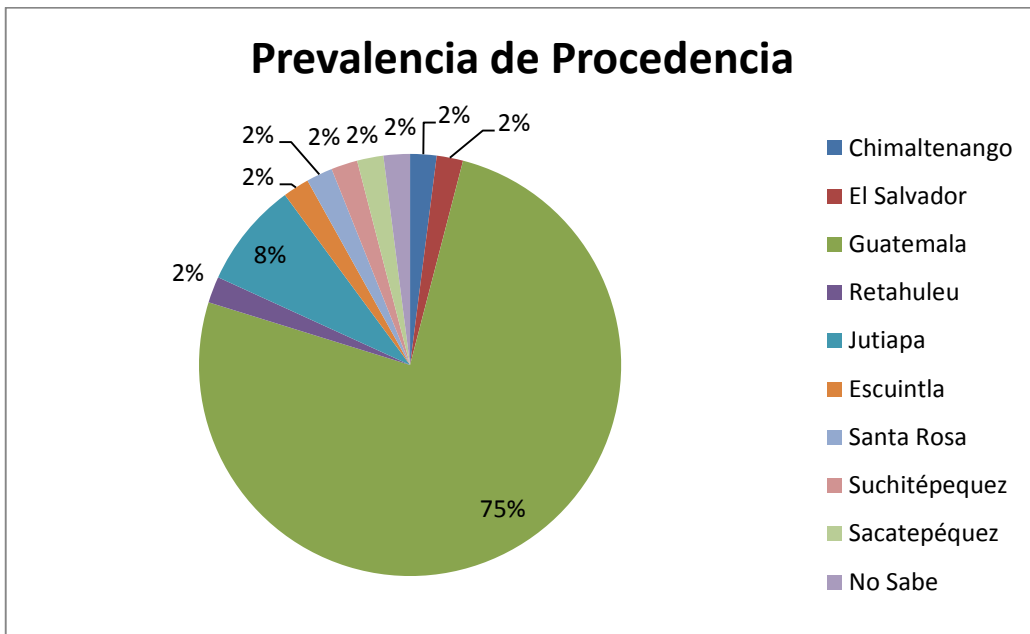


Tabla 2 y Gráfica 2: La mayor prevalencia es del departamento de Guatemala pues según donde sea cometido el delito que se les imputa así es el juzgado en donde les corresponde; es decir que las otras procedencias son personas que cometieron el delito dentro de la jurisdicción del juzgado contralor de Mixco.

Tabla 3

Psychopathy Checklist: Screening Version PCL – SV

Puntuación	No. de personas
Hasta 8 puntos (0 puntos en pregunta H7 de HCR 20)	8
9 a 13 puntos (1 punto en pregunta H7 de HCR 20)	24
14 puntos en adelante (2 puntos en pregunta H7 de HCR 20)	16

Gráfica 3

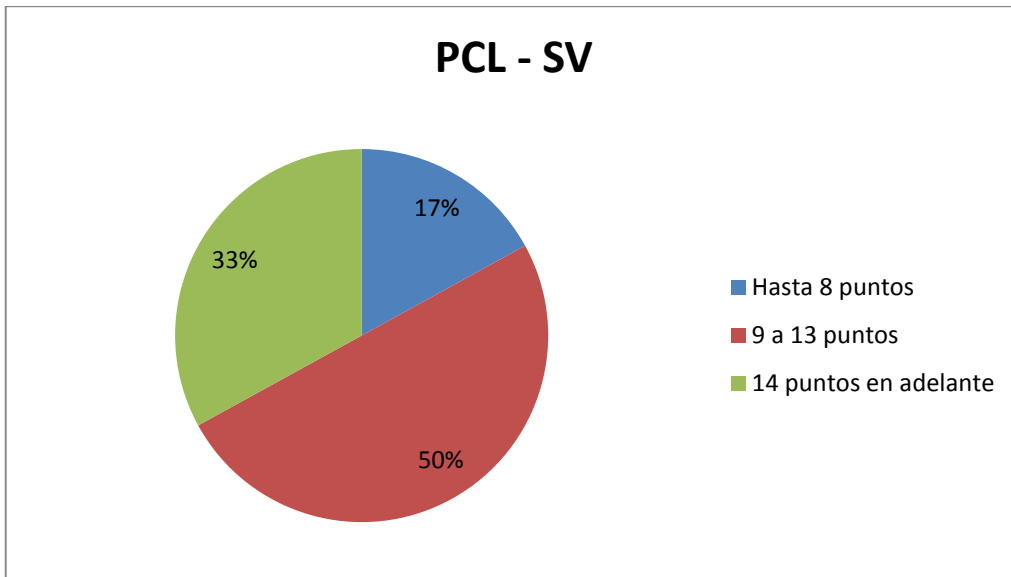


Tabla 3 y gráfica 3: El grado bajo de psicopatía fue el menor porcentaje, porque el psicópata no repara en medios para conseguir sus metas, característica presente en la población de presidios.

Tabla 4

Guía de valoración de Comportamiento Violento HCR 20

Bajo (hasta 12 puntos)	8
Moderado (13 a 24 puntos)	23
Alto (25 puntos en adelante)	17

Gráfica 4

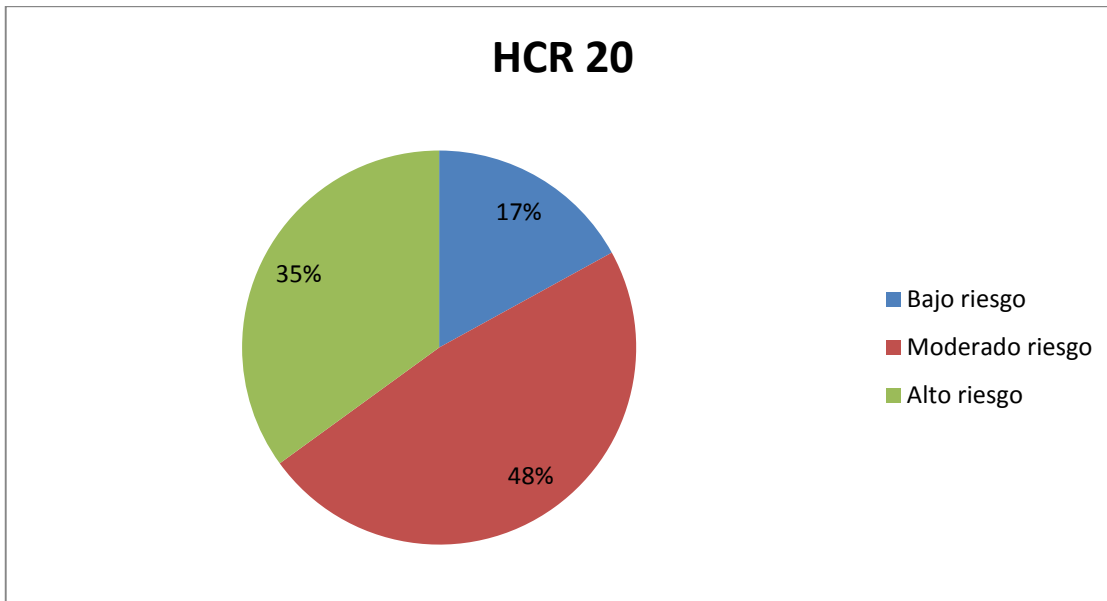


Tabla 4 y gráfica 4: El riesgo moderado de comportamiento violento a futuro en porcentaje mayor puede darse por la sub escala de clínica actual, ya que estando siendo procesados pueden tener una visión más objetiva de sus planes futuros, sin embargo, en la sub escala R de factores ambientales futuros, la viabilidad y la exposición a factores desestabilizantes como la carencia de apoyo social y a veces familiar aumentan el nivel de estrés experimentado y ver empobrecido un plan fuera de la criminalidad.

Tabla 5

DELITO

HCR-20	Alto	Moderado	Bajo	Total
Extorsión	2	7		9
Asesinato en grado de Tentativa	1	1		2
Portación Ilegal de armas de fuego de uso Civil y/o Deportiva	3	7		10
Actividades Sexuales Remuneradas con Personas Menores de Edad	3			3
Robo Agravado	6	2	1	9
Asesinato	2	3		5
Cohecho Activo	1			1
Detenciones Ilegales	1	1		2
Instigación a Delinquir	1	2		3
Violencia Contra la Mujer	1			1
Atentado con Agravación Especifica	1	1		2
Homicidio Culposo	1			1
Lesiones Culposas	1			1
Conspiración	1			1
Atentado en Grado de Tentativa	1			1
Homicidio		2	1	3
Portación Ilegal de Explosivos, Armas Químicas, Atómicas, Trampas Bélicas Biológicas y Armas Experimentales	1			1
Homicidio en grado de Tentativa		1		1
Robo		1		1
Robo agravado en grado de Tentativa		1		1
Promoción y Fomento		1		1
Encubrimiento Propio		1	1	2
Transporte Ilegal de Armas de Fuego		1		1
Agresión Sexual		1		1
Defraudación Tributaria			1	1
Violación en grado de Tentativa			1	1
Violación			2	2
Abuso de Autoridad			1	1

Tabla 5: El número de delitos no corresponde al número de entrevistados pues a un solo procesado se le puede acusar de mas de un delito.

PACIENTES PABELLÓN 5, LIGADOS A PROCESO

Tabla 6

GRUPO ETARIO

18 a 22 años	4
23 a 27 años	6
28 a 32 años	10
33 a 37 años	8
38 a 42 años	3
43 a 47 años	8
48 a 52 años	3
53 a 57 años	2
58 a 62 años	2
63 años en adelante	2

Gráfica 5



Tabla 6 y gráfica 5: No hay intervalo de edad que no este presente, pues hay pacientes que se les es renovada la medida de seguridad que los hace continuar ingresados por un tiempo prolongado (incluso años), además de tener en cuenta que es el único hospital psiquiátrico a nivel nacional.

Tabla 7

PROCEDENCIA

Chimaltenango	1
El Salvador	1
Guatemala	6
Retalhuleu	2
Jutiapa	2
Escuintla	2
Santa Rosa	2
Suchitepéquez	2
Quetzaltenango	3
Alta Verapaz	4
Izabal	2
Petén	2
Jalapa	2
Huehuetenango	1
San Marcos	2
Honduras	2
Chiquimula	2
Zacapa	1
El Progreso	1
Quiché	1
Sololá	4
Baja Verapaz	2
Totonicapán	1

Gráfica 6

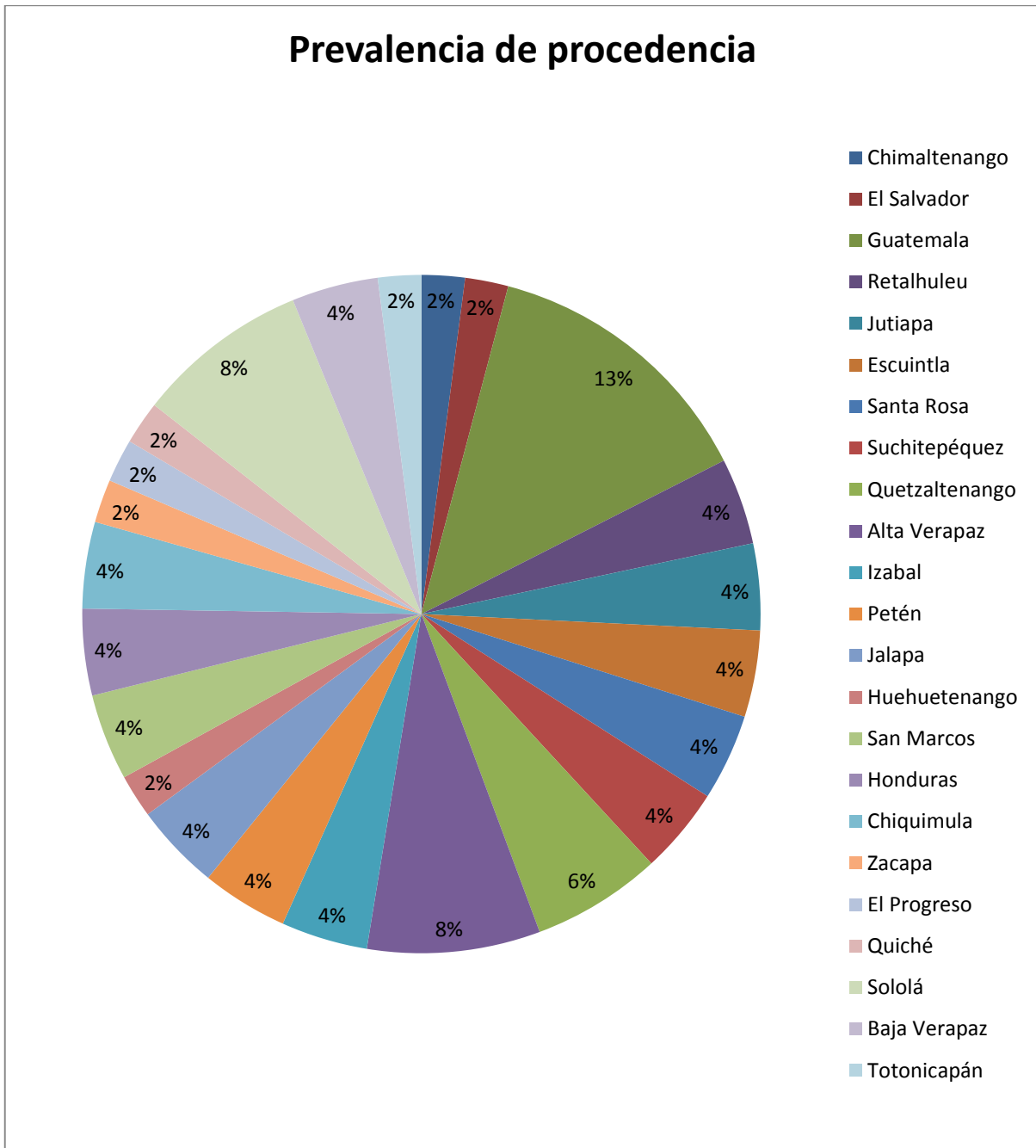


Tabla 7 y gráfica 6: a excepción del departamento de Sacatepéquez hay procedencia de todo el país, incluso extranjeros, pues es el único hospital psiquiátrico a nivel Nacional, la mayor prevalencia del departamento de Guatemala es la cercanía que hace que haya menos dificultad para el traslado de los pacientes.

Tabla 8

Psychopathy Checklist: Screening Version PCL – SV

Puntuación	No de personas
Hasta 8 puntos (0 puntos en pregunta H7 de HCR 20)	19
9 a 13 puntos (1 punto en pregunta H7 de HCR 20)	13
14 puntos en adelante (2 puntos en pregunta H7 de HCR 20)	16

Gráfica 7

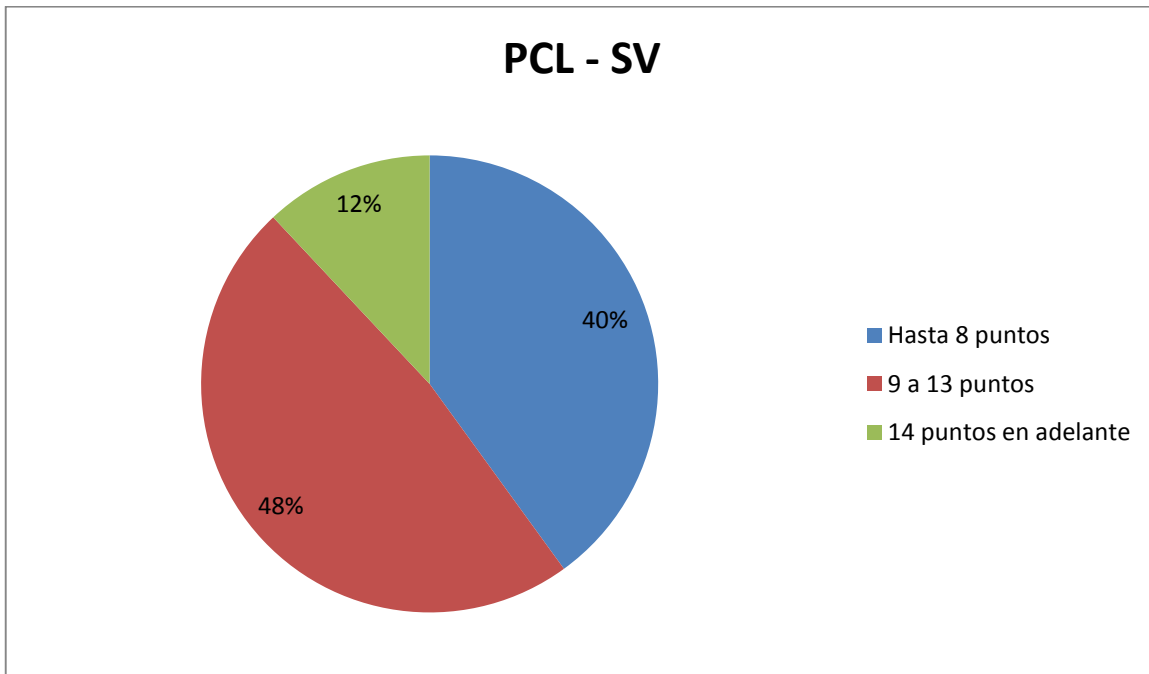


Tabla 8 y gráfica 7: El porcentaje mayor está en grado bajo de psicopatía, ya que la misma requiere el fin de sus metas sin importar el daño causado, los pacientes privados de libertad ven sus actos justificados no precisamente por una meta placentera sino su defensa o actos justificados en busca de justicia por alguna agravante recibida o presenciada.

Tabla 9

Guía de valoración de Comportamiento Violento HCR 20

Bajo	(hasta 12 puntos)	10
Moderado	(13 a 24 puntos)	23
Alto	(25 puntos en adelante)	15

Gráfica 8

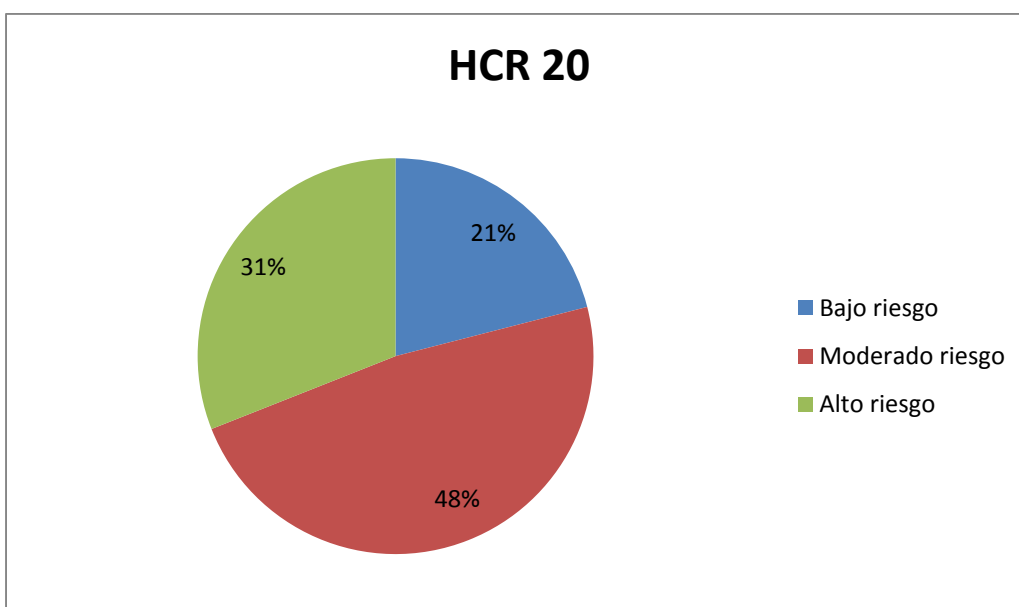


Tabla 9 y gráfica 8: el riesgo moderado que es el que en mayor número aparece, ya que en la sub escala R, de gestión de riesgo según la viabilidad de sus planes con respecto al apoyo social y familiar son factores desestabilizantes que los llevan a un nivel de estrés elevado que puede colaborar al incumplimiento de los tratamientos prescritos, que esto en conjunto son factores que no favorecen a la adaptación del paciente por lo que su puntuación es alta en estos ítems, lo que en suma al resto de las sub escalas, hace que la mayoría de los pacientes privados de libertad tengan en este momento un cierto nivel de riesgos de cometer actos violentos.

DELITO Y DIAGNOSTICO (CIE 10)

Las columnas de alto, moderado o bajo corresponden al grado de valoración comportamiento violento que tuvo el paciente privado de libertad según la guía HCR 20.

La x corresponde a un segundo o tercer delito sindicado al mismo paciente, por lo que en la columna de total no suponen un número pues se habla de un mismo sujeto.

Se hace aclaración de si el paciente tenía un segundo diagnóstico al pie de cada tabla.

Tabla 10

Esquizofrenia Paranoide F20.0				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Lesiones Leves	1		1	2
Asesinato		1	1	2
Violación			1	1
Violencia contra la Mujer		1	1	2
Homicidio	1			1
Robo Agravado	X			0
Posesión para el consumo	X			0
Robo		1		1
Lesiones Graves		1		1
Parricidio		1	1	2
Femicidio			X	0
Atentado Contra la Seguridad de Servicio de Utilidad Pública		1		1
Amenazas		1		1
Total	2	7	5	14

Tabla 11

Retraso Mental Leve F70				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Robo en grado de Tentativa	1			1
Robo Agravado*	1			1
Homicidio en Grado de tentativa*	X			0
Total	2	0	0	2

* Trastorno Mental y del comportamiento debido al consumo de Cannabinoides F12

Tabla 12

Retraso Mental Moderado F71				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Violación	1			1
Lesiones Leves	X			0
Total	1	0	0	1

Tabla 13

Retraso Mental Inespecifico F79				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Allanamiento con Agravación específica*		1		1
Amenazas*		X		0
Lesiones Leves			1	1
Total	0	1	1	2

* Trastorno Obsesivo Compulsivo F42

Tabla 14

Otro Trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad Somática F06.8				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Falsedad de Material		1		1
Homicidio*		2		2
Parricidio	1	1		2
Asesinato	1			1
Atentado		1		1
Parricidio en grado de tentativa			1	1
Violencia Intrafamiliar**			1	1
Total	2	5	2	9

* Retraso Mental Inespecífico F79

** Retraso Mental leve F70

Tabla 15

Trastorno Mental y del Comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas sustancias F19				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Robo Agravado	2		1	3
Hurto	1			1
Abuso de Sustancias*		1		1
Violencia contra la Mujer		1		1
Violación en grado de Tentativa**	1			1
Violencia Intrafamiliar	1			1
Total	5	2	1	8

* Trastorno Disocial de personalidad F60.2

** Retraso Mental Leve F70, Trastorno Disocial de personalidad F60.2

Tabla 16

Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol F10				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Violación en grado de Tentativa			1	1
Violencia contra la Mujer*		1		1
Total	0	1	1	2

* Trastorno Depresivo Recurrente

Tabla 17

Esquizofrenia Residual F20.5				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Asesinato		2		2
Violación		X		0
Parricidio		1		1
Total	0	3	0	3

Tabla 18

Trastorno Bipolar F31				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Lesiones Leves		1		1
Posesión para el Consumo		1		1
Asesinato	1			1
Atentado	1			1
Total	2	2	0	4

Tabla 19

Trastorno Esquizoafectivo F25				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Homicidio	1			1
Rapto en Grado de Tentativa	X			0
Total	1	0	0	1

Tabla 20

Esquizofrenia sin Especificación F20.9				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Incendio Culposo		1		1
Total	0	1	0	1

Tabla 21

Trastorno de Adaptación F43.2				
Delito	Alto	Moderado	Bajo	Total
Atentado		1		1
Total	0	1	0	1

Tabla 22

Tabla 2 x 2

	Paciente	Procesado	
HCR 20 alto	15	17	32
HCR 20 bajo	10	8	18
	25	25	50

$$X^2 = \frac{50 (15.8 - 10.17)^2}{(25)(25)(32)(18)} = 0.086$$

$$OR = \frac{a \times d}{b \times c} = \frac{15 \times 8}{10 \times 17} = 0.70$$

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{Tipo Trastorno mental}}{\text{Población Total}} \times 100$$

Tabla 23

PREVALENCIA DE DIAGNÓSTICOS

F20.0	Esquizofrenia Paranoide	14	29.16%
F06.8	Otro Trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad Somática	9	18.75%
F19	Trastorno Mental y del Comportamiento debido al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas sustancias	8	16.66%
F31	Trastorno Bipolar	4	8.33%
F20.5	Esquizofrenia Residual	3	6.25%
F70	Retraso Mental Leve	2	4.16%
F79	Retraso Mental Inespecífico	2	4.16%
F10	Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol	2	4.16%
F71	Retraso Mental Moderado	1	2.08%
F25	Trastorno Esquizoafectivo	1	2.08%
F20.9	Esquizofrenia sin Especificación	1	2.08%
F43.1	Trastorno de Adaptación	1	2.08%
	Total	48	100%

Gráfica 9

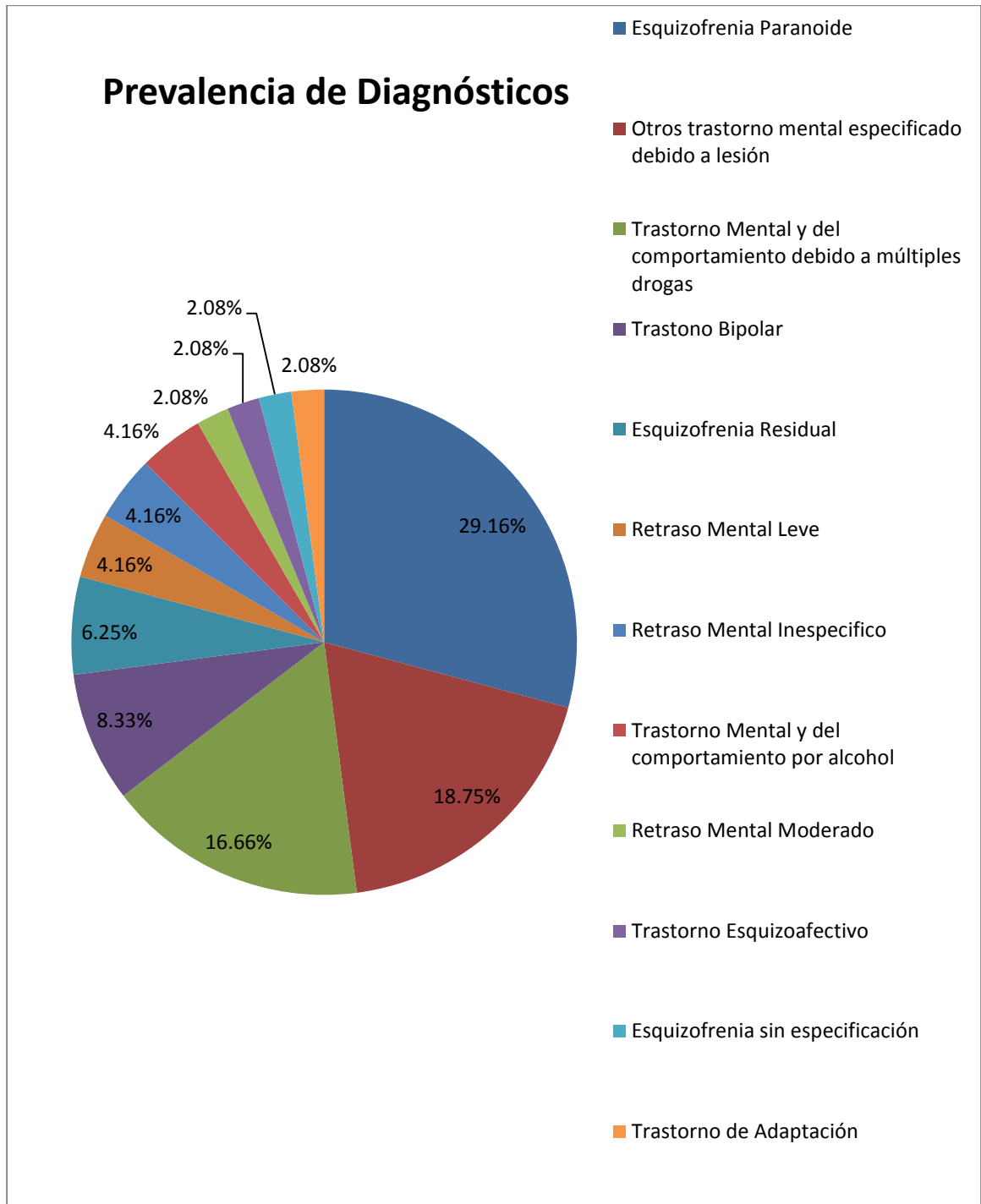


Tabla 23 y Gráfica 9: se tomo el diagnóstico que aparece de primero en los informes psiquiátricos que se envían a los diferentes juzgados de instancia penal.

En el grupo de procesados sin enfermedad mental el 29% se encontró en el intervalo de 23 a 32 años de edad siendo este el mayor porcentaje y ningún paciente entre los intervalos de 48 a 52 y 58 a 62 años de edad.

En los pacientes privados de libertad el intervalo de 28 a 32 años tiene el mayor porcentaje de pacientes con 21% y los intervalos de menor número de pacientes fueron de 53 a 57; 58 a 62 y de 63 años en adelante con 4% cada uno.

En los procesados sin enfermedad mental el 75% provenían de Guatemala. Uno de ellos no sabía donde había nacido y vivía en las calles por lo que tampoco estaba a vecindado carecía de papeles pero su aspecto lucía como una persona mayor de edad, por lo que estaba siendo juzgado como adulto.

En los pacientes privados de libertad el 13% provenían de Guatemala.

Portación ilegal de armas de fuego de uso Civil y/o Deportiva es el delito que se encuentra en mayor número en los procesados sin enfermedad mental. El delito de Asesinato es el que más se repite en 6 ocasiones aparece como el delito sindicado en los pacientes privados de libertad, seguido de lesiones leves, parricidio y robo agravado quienes cada uno cuenta con 5 sindicados

En los procesados sin enfermedad mental el resultado en la escala PCL- SV el mayor número lo encontramos en moderado con 50% y el valor mínimo se encuentra en bajo con 17% según el punteo con la suma de los 12 ítems

En la misma escala en los pacientes privados de libertad el resultado fue mayor en el rubro de bajo con 40% y el porcentaje menor en moderado con 27%.

En los procesados sin enfermedad mental en la escala de guía de comportamiento violento la mayoría de pacientes se encontraba en moderado y la minoría en bajo.

En los pacientes privados de libertad en la misma escala la mayoría se encontraba moderado riesgo de comportamiento violento con 47% y la minoría en bajo riesgo con el 21%.

La enfermedad con mayor prevalencia entre los pacientes privados de libertad fue la de Esquizofrenia Paranoide con 14 pacientes correspondiente 29.16% de pacientes, seguido de Otro Trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad Somática con 9 pacientes correspondientes a 18.75%.

El X^2 menor de 3.84 indica que la diferencia encontrada de comportamiento violento no es significativo entre pacientes con proceso legal de los procesados sin enfermedad mental

El valor menor de 1 indica que no existe fuerza de asociación no existe el riesgo de comportamiento violento no es mayor en procesados con enfermedad mental

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Los resultados en ambos grupos como expuestos antes denotan que la diferencia en número es mínima y la cual según la aplicación de la estadística nos confirma que esta diferencia no es significativa, al igual con la medición de Odds Ratio demuestra la poca fuerza de asociación entre comportamiento violento y enfermedad mental; entonces la diferencia como se observa es en la inversión de la escala PCL-SV, para determinar psicopatía la cual no esta determinada como trastorno de la personalidad, este es diferenciado de la personalidad antisocial y del trastorno de límite de personalidad, a pesar de la alta superposición sintomática entre la psicopatía y los trastornos de personalidad, sus consecuencias para la sociedad, justifican su estudio como entidad independiente.

La psicopatía no constituye un fenómeno moderno, encontramos antecedentes a lo largo de toda la evolución de la humanidad. La literatura nos proporciona abundantes muestras de ella. A su vez, se trata del primer trastorno psiquiátrico descrito, Pinel (1745-1826) precisa que se trataría de una forma de manía sin déficit en las facultades cognitivas, pero con un severo daño en la capacidad afectiva, lo que constituye una de las características descriptivas del psicópata.

La psicopatía, tal como fue concebida originariamente por Cleckley (1941), no se limita al hecho de involucrase en actividades ilegales, sino que también abarca características de la personalidad tales como la manipulación, la falta de sinceridad, el egocentrismo, y la falta de sentimiento de culpa, características que se encuentran claramente presentes en criminales, pero también en cónyuges, padres, jefes, abogados, políticos, etc., esta la encontramos en un numero mayor en niveles altos en la población ligada a proceso a diferencia que con la población de privados de libertad del pabellón 5 del Hospital Nacional de Salud Mental, donde la mayoría de encuentra en nivel bajo de psicopatía según esta escala y según lo descrito entonces deducimos que el motivo del delito cometido, es la diferencia, esa saciedad de recompensa, sin importarles los efectos de sus actos sobre otras personas o los peligros que puedan conllevar dichos actos. En un artículo de la revista Nature Neuroscience, dirigido por Joshua Buckholtz, refieren que el sistema de recompensa de la dopamina en el cerebro de estos indica que el mismo es más reactivo de lo normal, sus cerebros fueron escaneados con la tecnología escáner de resonancia magnética funcional (fMRI), comprobaron así que en los individuos con altos niveles de características

psicopáticas, el área de recompensa del cerebro, el núcleo accumbens, se encontraba mucho más activo cuando éstos estaban expectantes por recibir una recompensa que en el caso del resto de los participantes. Sin embargo, esto no marca la diferencia entre el riesgo de comportamiento violento en los dos grupos, en los cuales los resultados de ambos fue en su mayoría un moderado riesgo de comportamiento violento a futuro, esto consiste entonces en la dinámica que se maneje con respecto a los ítems C y R de la escala HCR 20 los cuales evalúan la clínica actual y la perspectiva del paciente junto con su ambiente, que es en donde los resultados de las escalas fueron muy parecidas, ya que los pacientes en el pabellón de privados de libertad en su mayoría ya estaban compensados en el momento de la entrevista pues el tiempo de estancia en el pabellón promedia los 8 meses, teniendo en cuenta que la medicación psiquiátrica en su mayoría el efecto de estos lo podemos apreciar a los 15 días de su administración, lo cual influyo en los ítems de la clínica actual, y en ambos casos el apoyo de la familia, la perspectiva de los dos grupo para reinserción en la sociedad y la aceptación de la misma a esta re inserción es muy pobre, incluyendo a la familia que en muchos de los casos no les brindan el apoyo y por ende la confianza en la gente en general, tomando a su familia como el ejemplo perfecto del rechazo, y claro no se puede negar esto. Lo que lleva a nuevamente la acumulación de la frustración, que en el caso de los procesados sin enfermedad afirma su falta de afectividad al prójimo y en los pacientes al incumplimiento del medicamento y en ambos al riesgo del comportamiento violento.

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 Entendemos por Peligrosidad a la capacidad o probabilidad que una persona tiene para devenir como actora de un delito o de dañar o lastimar a otra, entonces, la peligrosidad del enfermo mental es la probabilidad de que una enfermedad mental produzca alteraciones de la conducta que impliquen riesgo para quien los padece o para las personas u objetos que le rodean, incluida la posibilidad de cometer actos delictivos, por lo que es frecuente que se tome al enfermo mental por si mismo como una persona peligrosa, incluso de alta peligrosidad, considerando como sinónimos enfermedad mental, peligrosidad, criminalidad y violencia. Debe quedar claro que no existen datos científicos que demuestren que el enfermo mental es más peligroso para la sociedad que los sujetos "normales"; también es cierto que todo enfermo, es tanto más peligroso cuanto más próximo está de la normalidad.

6.1.2 El delito de asesinato es el de mayor prevalencia en los pacientes con enfermedad mental, a diferencia del de portación ilegal de armas de fuego de uso Civil y/o Deportiva, en los privados de libertad sin enfermedad mental, debido a la flagrancia en el primer grupo por creerlo un acto justificado no se fugan del lugar del delito, en cambio en el segundo grupo suelen hacerlo con la mayor previsión y rapidez, por lo que cuando son capturados se les incauta el arma y se les acusa del delito mencionado, por ser el que de inmediato corresponde.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1 Que para el profesional forense aunque el manejo de su experiencia sea basta, debe también utilizar este tipo u otros instrumentos para apoyar su decisión y sea así un mejor manejo por parte del personal médico y toma de decisiones por parte de los juzgadores ya que sus sentencias son reflejadas en nuestra sociedad.

6.2.1 Se recomienda un lugar fuera del hospital nacional de salud mental con mejores condiciones para los pacientes privados de libertad, con personal sanitario y personal de gobernación (policías de presidios) entrenados, ya que como se menciono antes el grado de hacinamiento puede provocar riñas entre los pacientes, que como vemos en gran porcentaje tienen el riesgo de comportamiento violento moderado, el cual también puede llevar a consecuencias fatales dentro de la institución, no solo dentro de esta población sino el hecho de que tienen relación con el resto de pacientes sin implicación legal, hospitalizados por agudizaciones de su padecimiento o de manera crónica por el abandono por parte de los familiares, estos grupo también expuestos a dichos riesgos, por la convivencia dentro del espacio físico.

6.2.3 Mejorar en la calidad de la medicación de los pacientes podría disminuir el número de pacientes ingresados o el tiempo de estancia, claro esta con mejoras en las vías de comunicación con el sistema penal en Guatemala, para la organización no solo estructural sino para la adecuada aplicación de la ley y derechos de los pacientes psiquiátricos que están siendo procesados por haber cometido un acto tipificado como delito.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Real academia española. Diccionario. Vigésima edición. Madrid. 2010.
http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=DELITO
2. Código Procesal Penal de Guatemala, decreto 57-92. Guatemala
3. Bulbena, Antonio. Perspectivas de la hospitalización psiquiátrica. Congreso virtual de psiquiatría. 2011.
4. Minera, Romeo. Presencia De Rasgos Antisociales En Una Población De Pacientes Reos Del Hospital Nacional De Salud Mental. Post grado de Psiquiatría. Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala. 2007.
5. Ley del Régimen penitenciario. Decreto 33-2006, del congreso de la república de Guatemala. Guatemala.
6. Carrillo, Arturo. Lecciones de Medicina Forense y Toxicología. Editorial Universitaria, Guatemala. 1975
7. Medicina Forense en Guatemala. Guatemala. 2009.
<http://es.scribd.com/doc/7834462/MEDICINA-FORENSE-EN-GUATEMALA>
8. Reyes Calderón, José Adolfo. Diccionario de Criminología y Criminalística. Primera edición. Guatemala. 2006.
9. Mora, Federico Carlos. Medicina Forense. 4ta edición. Tomo II. Guatemala. 1966
10. Psiquiatría Forense. Guatemala. 2008.
<http://es.scribd.com/doc/8631363/PSIQUIATRIA-FORENSE>
11. Ribé, Marco, Tusquets, J. Martí. Psiquiatría Forense. 2da edición. Editorial Espaxs, S.A., España. 2002V
12. Reyes Calderón, José Adolfo. Delitologia. Primera edición. Editorial Kompas. Guatemala. 2002.
13. De León Velasco, Héctor Aníbal, De Mata Vela, José Francisco Derecho Penal Guatemalteco, Parte General y Parte Especial. Editorial Llerena y F&G Editores, 1999. Guatemala.
14. Munguia, Fernando López. La Práctica Forense en Psiquiatría. "Relevancia legal de la enfermedad mental". PAC, psiquiatría-4 programa de actualización continua en psiquiatría, parte 9. Asociación Psiquiátrica mexicana, AC. Editorial Intersistemas, S.A. de C.V. México. 2004.
15. Psicopatía. Psicología. Apuntes de psicología.com. 2007-2012.
<http://www.apuntesdepsicologia.com/psicologia/psicopatia.php>

16. Knight-Jadczyk, Laura. ¿Qué Es un Psicópata? Proyecto de Investigación Especial del Grupo del Futuro Cuántico (Quantum Future Group). 1997 - 2003. <http://quantumfuture.net/sp/pages/psicopatia.html>
17. Martínez, Yaiza. Los psicópatas padecen una anomalía cerebral. Tendencias Sociales. Madrid. 2010. http://www.tendencias21.net/Los-psicopatas-padecen-una-anomalia-cerebral_a4233.html
18. Arbach, Karin, Puey, Antonio Andrés. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el instrumento HCR-20. Papeles del Psicólogo. Septiembre, número tres, Volumen veintiocho, 2007. <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1501>.
19. H. D. Webster, K. S. Douglas. HCR20 Guía para la valoración de comportamientos violentos. Editorial de la universidad de Barcelona. España. 2005.
20. Cuquerella A. Torrubia R. Subirana M. Mohino S. Planchat LM. Orós M. Navarro. López JM. Genís F. Aplicación de la psychopathy checklist screening versión (pcl:sv) en una muestra forense. 4to congreso virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. España. 2003.
21. Abalos Riquelme, Carolina. Esquivel Pérez, Natalie. Gallardo Muñoz, Carolina. Adaptación de la Escala de Calificación de la Psicopatía Revisada (PCL-R) de Robert Hare en población reclusa del Centro de Detención Preventiva de San Miguel. Carrera de psicología. Facultad de ciencias sociales. Universidad de Chile. Chile. 2004.
22. Código Penal Guatemalteco. decreto 17-73. Guatemala.
23. Ley del organismo judicial. Decreto 2-89, del congreso de la República de Guatemala. Guatemala.
24. Laylle Contreras, Lucia Beatriz. Análisis jurídico de la aplicación de medidas de seguridad en el Hospital nacional de Salud Mental de Guatemala. Facultad de ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de san Carlos de Guatemala. Guatemala. 2007.
25. De León Zea, Luis Carlos. Conferencia “Alzheimer entre violencia y el maltrato”. Congreso regional APAL Norte, México, Centro América y el Caribe, “Salud Mental para todos, enfrentando la crisis de violencia y desastres naturales”. Guatemala. 2011.
26. Baró, I. Martín. Poder, Ideología y Violencia. Editorial TROTTA. España. 2003.

27. Castellanos Ayuso, Andrea Elizabeth. Tesis “El Bullying en centros educativos de nivel medio de la zona 5 en la ciudad de Guatemala”. Universidad panamericana. Facultad de educación y Profesorado en psicología y consejería social. Guatemala. 2009.
28. Castro Perea, Olga. “Descubiertas las bases neurológicas de la agresión humana”. Tendencias Sociales. 2007. http://www.tendencias21.net/Descubiertas-las-bases-neurológicas-de-la-agresión-humana_a1906.html
29. Trujillo Mariel, Patricia Roja. “Bases Neurofisiológicas del comportamiento”. Psicología Jurídica - Forense. 2011. <http://psicologiajuridicaforense.wordpress.com/2011/04/21/bases-neurofisiológicas-del-comportamiento/>
30. Rada, Gabriela. Indicadores de riesgo epidemiológico, odds Ratio. Universidad Católica de Chile. Chile. 2007.
31. Pineda, E.B., de Alvarado, E. L. Metodología de la Investigación. Serie Paltex, Organización Panamericana de la Salud. Estados Unidos. 1994.

VIII. ANEXOS

8.1 Anexo 1

Consentimiento Informado

Yo _____ de _____ años de edad, identificado con cédula de vecindad/documento personal de identificación (DPI) No. _____ extendida en _____. Autorizo a la Dra. Edna Anabella Julian Leal, con profesión de Médica y Cirujana y en proceso de formación en la especialización de Psiquiatría para la realización del instrumento de valoración de comportamiento violento HCR 20, aceptando con ello mi participación en la investigación "Relación entre trastorno mental y delito", a realizarse en Hospital Nacional de Salud Mental.

Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me han sido leídos y explicado y que comprendo su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Comprendiendo todo lo anterior, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación.

Firma:

Huella:

Guatemala ____ de _____ de 201__.

8.2 Anexo 2

Items históricos		Código (0, 1, 2)
H 1	Violencia previa	
H 2	Edad del primer incidente violento	
H 3	Relaciones inestables de pareja	
H 4	Problemas relacionados con el empleo	
H 5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas	
H 6	Trastorno mental grave	
H 7	Psicopatía	
H 8	Desajuste infantil	
H 9	Trastorno de personalidad	
H 10	Incumplimiento de supervisión	
Total items históricos		
Items clínicos		Código (0, 1, 2)
C 1	Carencia de introspección	
C 2	Actitudes negativas	
C 3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave	
C 4	Impulsividad	
C 5	No responde al tratamiento	
Total items clínicos		
Items de gestión de riesgo <input type="checkbox"/> 'In' <input type="checkbox"/> 'Out'		Código (0, 1, 2)
R 1	Ausencia de planes de futuro viables	
R 2	Exposición a factores desestabilizantes	
R 3	Carencia de apoyo social	
R 4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos	
R 5	Alto nivel de estrés experimentado	
Total items de afrontamiento de situaciones de riesgo		
HCR-20 Total:		/40
Valoración de riesgo final	<input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta	
<i>Evaluador</i>		
Nombre:	Firma:	Fecha:

HCR-20

0	No	El ítem está claramente ausente o no se puede aplicar
1	Quizá	El ítem está presente con probabilidad, o está presente con una intensidad limitada
2	Si	El ítem está claramente presente
Omitir	No lo sabe	La información no es suficientemente válida para tomar la decisión acerca de la presencia o ausencia del ítem

Menor de 13 Puntos	Bajo	El individuo presenta un riesgo limitado de cometer actos violentos, o que este riesgo es escaso
13 a 25 puntos	Moderado	El sujeto muestra en ese momento en un cierto nivel de riesgo de cometer actos violentos
mayor de 25	Elevado	El individuo tiene un riesgo de violencia alto

:

8.3 Anexo 3

PSYCHOPATHY CHECKLIST SCREENING VERSION (PCL-SV) (H7)

	0	1	2
FACTOR I: Interpersonal / Emocional			
ITEM 1: SUPERFICIAL			
ITEM 2: VANIDOSO			
ITEM 3: MENTIROSO			
ITEM 4: AUSENCIA DE REMORDIMIENTO			
ITEM 5: AUSENCIA DE EMPATÍA			
ITEM 6: NO ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDADES			

Total _____

	0	1	2
FACTOR II: Estilo de vida antisocial			
ITEM 7: IMPULSIVO			
ITEM 8: POBRE AUTOCONTROL DE CONDUCTA			
ITEM 9: AUSENCIA DE OBJETIVOS			
ITEM 10: IRRESPONSABLE			
ITEM 11: CONDUCTA ANTISOCIAL EN LA ADOLESCENCIA			
ITEM 12: CONDUCTA ANTISOCIAL ADULTA			

Total _____

Total _____

Delito Sindicado:

Paciente: Si No
Expediente:

PSYCHOPATHY CHECKLIST SCREENING VERSION (PCL-SV) (H7)

0	No	El ítem está claramente ausente o no se puede aplicar
1	Quizá	El ítem está presente con probabilidad, o está presente con una intensidad limitada
2	Si	El ítem está claramente presente
Omitir	No lo sabe	La información no es suficientemente válida para tomar la decisión acerca de la presencia o ausencia del ítem

Menor de 9 Puntos	Bajo	0 puntos en H7 de HCR 20
9 a 13 puntos	Moderado	1 punto en H7 de HCR 20
mayor de 13	Elevado	2 puntos en H7 de HCR 20

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "RELACIÓN TRASTORNO MENTAL Y DELITO", para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados todos los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.