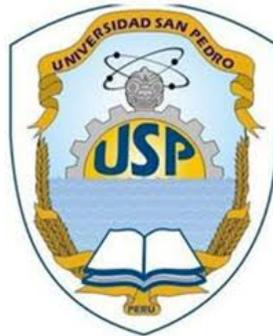


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE POSGRADO



La Situación Socio-Médico-Legal de las Personas
Judicializadas en el Perú, 2014-2018

Tesis para obtener el grado de Doctor en Gestión en Salud

Autor:
Sindeev, Andrey

Asesor:
Dra. Ramos Cevallos, Norma Julia

Chimbote – Perú
2019

Palabras clave: psiquiatría forense, imputabilidad, responsabilidad legal, medidas de seguridad (fuente: DeCS BIREME)

Keywords: forensic psychiatry, insanity defense, security measures (source: MeSH NLM)

Línea de investigación	OCDE			Sub – líneas o campos de investigación
	Área	Sub área	Disciplina	
Desarrollo de modelos de Gestión en la Atención de Salud	Ciencias médica y de salud	Ciencias de la Salud	Salud Pública	Salud Mental

**La Situación Socio-Médico-Legal de las Personas
Judicializadas en el Perú, 2014-2018**

**Social, Medical and Legal Situation of
Person Exempt from Criminal Responsibility in Peru, 2014-
2018**

Resumen

El propósito del presente estudio mixto fue construir un modelo teórico que permitiera contextualizar y comprender la situación socio-médico-legal de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018. La primera etapa cuantitativa consistió en describir las características epidemiológicas, clínico-psiquiátricas y legales de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables). Los datos fueron ampliados y profundizados en una segunda etapa (cualitativa) mediante la descripción y caracterización de las vivencias de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) y la evaluación exhaustiva de la documentación jurídica correspondiente para comprender la situación socio-médico-legal y las circunstancias que inciden en la comisión del delito en este grupo poblacional. El estudio se planteó con el enfoque cuanticualitativo, diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), retrospectivo. La población y muestra de estudio para fase cuantitativa se compuso por todos los pacientes judicializados (n=131) identificados como tales en el sistema penitenciario del Perú durante el periodo 2014-2018. La muestra de la fase cualitativa fue de 17 casos hasta la saturación de categorías. Como técnicas de recolección de datos se utilizaron el análisis documental cuanti- y cualitativo, entrevista semiestructurada, observación no experimental aplicando instrumentos de elaboración propia validados por el juicio de expertos considerando el coeficiente de validez V de Aiken. Los datos se analizaron mediante los procedimientos cuantitativos (estadística descriptiva), así como los cualitativos (codificación y evaluación temática). Como resultado se contextualizó la situación socio-médico-legal de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, formulando la teoría fundamentada y proponiendo cambios en el manejo multi- e intersectorial de estas personas.

Abstract

The purpose of the present mixed study was to build a theoretical model that allowed contextualizing and understanding the social-medical-legal situation of judicialized persons (including person exempt from criminal responsibility) in Peru in the 2014-2018 period. The first quantitative stage consists in describing the epidemiological, psychiatric and legal characteristics of the judicialized patients (including person exempt from criminal responsibility). The data were expanded and deepened in a second stage (qualitative) by describing and characterizing the experiences of the judicialized persons (including person exempt from criminal responsibility) and the exhaustive evaluation of the corresponding legal documentation to understand the legal-medical-social situation and the circumstances that affect in the commission of crime in this population group. The study was presented with the quantitative approach, sequential explanatory design (DEXPLIS), retro-prospective. The population and study sample for the quantitative phase was composed of all judicialized patients ($n = 131$) identified as such in the Peruvian prison system during the 2014-2018 period. The sample of the qualitative phase was 17 cases until the saturation of categories. As data collection techniques, quantitative and qualitative documentary analysis, semi-structured interview, non-experimental observation using self-developed instruments validated by expert judgment were considered considering Aiken's V coefficient of validity. Data were analyzed using quantitative procedures (descriptive statistics), as well as qualitative procedures (thematic coding and evaluation). As a result, the social-medical-legal situation of the judicialized patients (including person exempt from criminal responsibility) in Peru was contextualized, formulating the grounded theory and proposing changes in the multi- and intersectoral management of these people.

ÍNDICE

Palabras clave / Keyword – Línea de investigación	i
Título	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
INTRODUCCIÓN	1
1. Antecedentes y fundamentación científica	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Fundamentación científica	8
1.2.1. Marco filosófico-epistemológico de la investigación	8
1.2.2. Salud mental y patología en el contexto médico-legal	13
1.2.3. Concepción teórica de la inimputabilidad	17
1.2.4. Tratamiento jurídico de la inimputabilidad	24
1.2.5. Legislación y Jurisprudencia en materia de la Inimputabilidad	40
1.2.6. Inimputabilidad en el Derecho Comparado	55
2. Justificación de la investigación	62
3. Problema	65
4. Conceptuación y operacionalización de las variables	67
4.1. Definición conceptual	67
4.2. Operacionalización de las variables (Fase cuantitativa)	68
4.3. Categorización (Fase cualitativa)	70
5. Hipótesis	71
6. Objetivos	71
6.1. Objetivo General	71
6.2. Objetivos específicos	71
METODOLOGÍA	73
a. Tipo y Diseño de investigación	73
b. Población – Muestra	75

c. Técnicas e instrumentos de investigación	75
RESULTADOS	80
a. Resultados cuantitativos	80
b. Resultados cualitativos	106
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	212
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	226
a. Conclusiones	226
b. Recomendaciones	227
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	228
ANEXOS Y APÉNDICE	240

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1. Antecedentes

Sindeev (2018), en Perú, realizó una investigación *Perfil epidemiológico, clínico y legal de pacientes judicializados del establecimiento penitenciario Lurigancho, Lima, Perú, 2015-16* de diseño observacional, tipo descriptivo, transversal. La población fue compuesta por los 39 pacientes judicializados, hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Establecimiento Penitenciario Lurigancho en Lima durante los años 2015-2016. Autor comunica que la esquizofrenia fue el diagnóstico más frecuente (48,7%), además la patología dual (15,4%), los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias psicoactivas (15,4%) y los trastornos esquizoafectivos (5,1%). Entre los delitos cometidos los más frecuentes fueron contra la libertad sexual y contra la vida, el cuerpo y la salud (35,9% cada uno). En el 75% de los casos la duración de la medida de seguridad ordenada fue de cinco años o más hasta los 30 años. Se logró elaborar el perfil epidemiológico, clínico y legal común para estos pacientes.

Buravtsov (2018), en Rusia, en su tesis doctoral *Características clínicas y sociales de los pacientes con largos períodos de medidas de seguridad con internamiento en el hospital psiquiátrico* comunica que en Rusia existe tendencia a prolongar los plazos de internamiento bajo medidas de seguridad. Así, en el año 2014 en Rusia se registró 903 pacientes con duración de la medida de seguridad mayor de 10 años (lo que representa el 5.1% de todas las personas con la medida de seguridad de internamiento). El autor realizó el estudio con el objetivo de describir las características clínicas, sociales y criminológicas de los pacientes con largos periodos de internamiento por medida de seguridad con la finalidad de proponer estrategias para elevar su eficiencia. Entre los resultados se reportaron las siguientes características comunes para los pacientes inimputables con largos períodos de internamiento: alta carga genética, inicio temprano

de la enfermedad y su curso desfavorable y/o continuo, asociado a la resistencia a los psicofármacos, alteraciones conductuales, temprana edad de comisión del delito y alta reincidencia, comorbilidad con el consumo de las sustancias psicoactivas, progresivo deterioro de personalidad como consecuencia de la esquizofrenia, trastorno mental orgánico o demencia, discapacidad, desadaptación social. En caso de la comisión del delito bajo el mecanismo psicopatológico de tipo psicótico, durante el prolongado internamiento se registra disminución de la productividad psicótica, progresivo deterioro de la personalidad con disminución de la peligrosidad, deterioro somático, desadaptación familiar, laboral y social en general. Los factores asociados a la larga duración de la medida de seguridad fueron: reincidencia, gravedad del delito, dependencia de las sustancias psicoactivas, alteraciones conductuales graves, frecuentes recaídas, baja adherencia al tratamiento, estilo de vida antisocial, pérdida de relaciones sociales hasta una completa desadaptación.

Houidi, Paruk y Sartorius (2018), en Sudáfrica, publicaron la investigación titulada *Forensic psychiatric assessment process and outcome in state patients in KwaZulu-Natal, South Africa*. El objetivo fue describir los elementos de la evaluación psiquiátrica forense y discutir los aspectos legales asociados con la admisión de pacientes en los establecimientos estatales por orden judicial. Se realizó un estudio retrospectivo de los registros psiquiátricos forenses del 91 paciente admitido en una unidad forense en KwaZulu-Natal durante un período de 3 años. Se encontró que un total de 71 pacientes (78.02%) no eran aptos para el juicio y los 10 pacientes (10,99%) no fueron penalmente responsables. Nueve pacientes (9.89%) podían ser juzgados penalmente, pero fueron declarados inimputables. Los 13 pacientes judicializados (14.29%) no cometieron delitos graves. Hubo correlación para el diagnóstico entre el perito y el psiquiatra tratante. Autores concluyeron que los hallazgos de la evaluación forense no siempre fueron considerados por los tribunales de justicia. Individuos que se encontraban en condiciones de ser juzgados y recibir castigo penal, así como aquellos que no cometieron delitos graves fueron declarados inimputables.

Escobar-Echavarría, Molina-Osorio y Restrepo-Bernal (2017), en Colombia, en su artículo *Caracterización sociodemográfica, psiquiátrica y legal de pacientes inimputables de Colombia, 2000-2013*, comunicaron los resultados de un estudio descriptivo, retrospectivo y de fuente secundaria. Como población de referencia se tomó los 117,528 reclusos en 138 prisiones de Colombia, con el 0.3% de inimputables. Como la población de estudio se consideró la totalidad (n=127) de pacientes inimputables del Servicio de Psiquiatría de la Clínica San Juan de Dios de La Ceja, Antioquia. Los diagnósticos psiquiátricos se establecieron a través de las entrevistas clínicas no estructuradas acorde a los criterios de DSM-IV. El promedio de edad fue de 34 años, el 92.1% de los pacientes era de sexo masculino, procedentes del Pueblo de Antioquia (40.1%), Medellín (27.5%), y el resto de otros lugares. El 78.7% eran solteros, el 27.6% tenían hijos. Al respecto de diagnóstico psiquiátrico, el 63% sufrían de esquizofrenia, seguida por el retardo mental (12.5%), personalidad antisocial y trastorno bipolar (7% cada uno), trastorno esquizoafectivo (5.5%), epilepsia (1.5%), trastorno delirante (1.5%), psicosis post-parto (0.8%). Según el delito cometido: homicidio (44.1%), lesiones personales (15.0%), tentativa de homicidio (9.4%), hurto calificado (8.7%), violencia intrafamiliar (5.5%), abuso sexual con mayor de edad (5.5%), abuso sexual con menor de edad (3.1%), daño a bien ajeno (2.4%), tráfico y fabricación de estupefacientes (2.4%), porte y tráfico de armas (2.4%), secuestro (1.6%). El 29.1% de los inimputables tenían antecedentes delictivos, y el 50.3% de las víctimas tenían algún grado de consanguinidad con el paciente. La medida de seguridad oscilaba entre 10 meses y 40 años. Se encontró asociación estadística de la conducta homicida con la variable “no tener antecedentes delictivos” ($X^2 = 5,177$; OR = 0,40; IC95%, 0,18-0,89; p = 0,31), y con la variable “víctima es familiar o conocida” ($X^2 = 7,046$; OR = 2,83; IC95%, 1,29-6,02; p = 0,01). Tener el diagnóstico de esquizofrenia fue un factor de riesgo de que la víctima fuera un familiar o conocido ($X^2 = 11,58$; OR = 3,81; IC95%, 1,73-8,41; p = 0,001), mientras el retardo mental fue un factor protector para esta variable ($X^2 = 4,65$; OR = 0,36; IC95%, 0,14-0,93; p = 0,03). Además, se presentaron los tratamientos

psicofarmacológicos y las actividades labor-terapéuticas, como pintura, jardinería y panadería, destinadas a aportar a la rehabilitación de este tipo de pacientes.

Harbottle (2017), en Costa Rica, presentó un análisis titulado *Inimputabilidad, peligrosidad criminal y medidas de seguridad curativas: mitos y realidades* desde la óptica de derecho. Se analizan las medidas de seguridad impuestas a las personas inimputables mediante un proceso penal en caso de confirmada peligrosidad criminal. El autor presenta los mitos que rodean este procedimiento en la práctica judicial con diferentes variaciones en los diversos países del mundo, tratando de debilitarlos mediante una reflexión conjuntamente con el lector.

Falcone (2016), en Chile, publicó el trabajo *La suspensión del procedimiento en razón de la presunta inimputabilidad por enajenación mental*, indicando que la suspensión del procedimiento debida a los presuntos trastornos mentales del imputado, no ha sido de fácil aplicación para los tribunales. Al autor realizó un análisis de las sentencias de la Corte Suprema de Chile emitidas entre el 2009 y el 2016, además de dictadas por cortes de apelaciones. Se concluyó que es posible notar la variación atribuida al artículo 458 del Código Procesal Penal chileno y determinar los aspectos problemáticos, como de las medidas cautelares en general, y su aplicación a la internación provisional, en particular.

Makushkin, Mokhonko y Mugantseva (2016), en Rusia, publicaron el informe sobre el *40-year monitoring of the forensic psychiatric expert service* de la Federación Rusa, cuyo objetivo fue analizar la dinámica de indicadores cuali- y cuantitativos del sistema psiquiátrico forense. Entre principales resultados se encontró que en el 2015 la cantidad total de evaluaciones periciales alcanzó el 258,800, siendo el 17.7 pericias por cada 10 mil habitantes. A los peritajes fueron sometidos 193,5 mil personas que cometieron delitos. Los individuos con trastornos mentales representaron alrededor del 70% de los evaluados. El 11,324 fueron declaradas inimputables (5.8%). Esta cantidad representó el 1.54% de todos los sentenciados registrados (733,607) en el mismo año. Entre los delitos cometidos por los inimputables el 41,0% fue contra el patrimonio, el 15.7% los

homicidios, el 3,1% delitos contra la libertad sexual. El 83.5% recibieron medidas de seguridad de internamiento (el 55.1% en los establecimientos hospitalarios psiquiátricos de régimen común; el 23.2% en los establecimientos hospitalarios psiquiátricos de régimen especial y el 5.2% en los establecimientos hospitalarios psiquiátricos de régimen especial con observación estricta); para el 14.2% fue determinado el tratamiento ambulatorio obligatorio y al 2.4% fue recomendado el tratamiento no obligatorio. La cantidad de camas en los establecimientos psiquiátricos forenses en el 2015 fue de 1,852, siendo el 37.3% (n=691) destinado para hospitalización con la custodia (en total 24 servicios a nivel nacional). Los autores concluyen que para asegurar la calidad de la actividad pericial psiquiátrica forense se debe lograr una mejor interacción con las estructuras fiscales y judiciales, mejoramiento del financiamiento y modificaciones legislativas.

Álvarez, Soto, Quirós y González (2016), en Costa Rica, realizaron una revisión bibliográfica del Código Penal costarricense que considera la eximición de responsabilidad penal a las personas con trastorno mental en el momento de cometer el acto delictivo. El grado de imputabilidad se determina mediante la evaluación psiquiátrica forense. La intervención debe ser objetiva, para esto se utiliza la entrevista y la evaluación del estado mental del sujeto. Se toma en cuenta la conciencia, la lucidez, el raciocinio, el juicio y la impulsividad. Las enfermedades más frecuentes para la exclusión de responsabilidad penal total o parcial son: la esquizofrenia, la paranoia y la epilepsia en diferentes formas. También como la causa puede figurar el trastorno mental transitorio (TMT) que se caracteriza por la alteración de estado mental con posterior recuperación de las facultades mentales superiores retornando a una condición de normalidad psíquica.

Sindeev (2016), en Perú, en el artículo de revisión *Trastornos mentales y delito. Una perspectiva peruana en el contexto mundial*, propone como el objetivo evaluar la importancia de la salud mental en relación al delito en el contexto nacional. La metodología fue la revisión de los documentos nacionales e internacionales sobre el

tema. Como resultados se identificaron los precedentes históricos y sucesos contemporáneos, nacionales e internacionales, relacionados con los fenómenos de delincuencia y violencia desde la perspectiva de la salud mental.

Sekretareva (2015), en Rusia, estudió los *Métodos de la determinación de la inimputabilidad en el procedimiento administrativo sancionador según los materiales legales (Means of determining the condition of insanity in administrative proceedings based on the court practice)*. El objetivo del trabajo fue sistematizar y evaluar los actos judiciales de la práctica de aplicación del Art. 2.8 “Inimputabilidad” del Código Civil en diferentes regiones de la Federación Rusa. La metodología incluyó el método dialéctico mediante análisis, síntesis, descripción, explicación. Como resultado se determinó que los juzgados aplican diferentes métodos de la determinación de la inimputabilidad del sujeto infractor administrativo. Esto se debe a diversos datos fácticos considerados como base para determinación de la inimputabilidad. El autor identificó cuatro tipos de estos datos y caracterizó a cada uno de ellos. Se concluyó sobre la necesidad de uniformizar los protocolos de la determinación de la inimputabilidad en caso de infracciones administrativas y proponer las soluciones a la problemática identificada.

Tokareva, Pritova y Buligina (2015), en Rusia, en su estudio *Social and pathopsychological treats of mentally ill with different level of social dangerousness* indican que el tratamiento psiquiátrico hospitalario es el principal método de prevención de los actos socialmente peligrosos por parte de las personas con enfermedades mentales. Al dar de alta, el efecto terapéutico y rehabilitador en este tipo de pacientes se disminuye y la peligrosidad del agente se mantiene. La posibilidad de comisión de nuevos actos socialmente peligrosos se oscila entre el 20 y el 40% en diversas regiones de Rusia en años diferentes. Se estudió los 114 pacientes psiquiátricos de sexo masculino, la edad entre 20 y 67 años, que cometieron los actos socialmente peligrosos. El 31 de ellos se encontraba en el hospital psiquiátrico con régimen especial, los 53 pacientes estaban internados en el hospital psiquiátrico común y los 30 pacientes recibían tratamiento ambulatorio. En todos los grupos la mayoría de los pacientes tenía

el diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizotípico (F20-F21): el 61,3% en el grupo I, el 59,6% en el grupo II y el 60,7% en el grupo III. Trastorno mental orgánico (F06- F07) se diagnosticó en el 38,7% de pacientes del primer grupo, en el 34,6% de pacientes del segundo grupo y en el 32,1% de pacientes del tercer grupo. El 3,9% de los evaluados del segundo grupo y el 7,2% del tercer grupo tenían el retraso mental leve o moderado (F70-F71). La dependencia de múltiples sustancias psicoactivas la tenían solo los pacientes del segundo grupo (1,9%). Los pacientes del primer grupo cometieron los delitos graves con violencia (48,4%). Entre pacientes ambulatorios predominaban los delitos contra el patrimonio sin violencia (57,7%). Los pacientes internados en el hospital psiquiátrico con régimen especial se caracterizaban por ausencia de la patología de desarrollo temprano, familias disfuncionales, inicio temprano de consumo de alcohol y drogas, estilo de vida disocial, reiteradas hospitalizaciones por conducta inadecuada con heteroagresión, curso continuo de enfermedad, antecedentes judiciales y gravedad de los delitos. Los pacientes internados en el hospital psiquiátrico común habían tenido mejores condiciones familiares, frecuentemente tenían rasgos de inestabilidad emocional de su personalidad, curso de enfermedad progresivo, reiteradas hospitalizaciones. Para los pacientes con el tratamiento ambulatorio lo característico era el mayor grado de instrucción y adaptación laboral, favorables relaciones de pareja, labilidad de pensamiento, conciencia de enfermedad conservada y conducta adecuada. Las autoras concluyen sobre la importancia de seguimiento ambulatorio posterior a la hospitalización y el tratamiento forzado de las personas con trastornos mentales que cometieron algún acto socialmente peligroso y/o ilícito, así como perfeccionamiento de las medidas preventivas con énfasis en el aspecto psicológico y social.

Hernández Jiménez (2015), en España, en su tesis de grado por la Universidad Autónoma de Barcelona, *Trastornos mentales con sintomatología psicótica. Un estudio de la responsabilidad penal*, presenta los datos de la Guía de Atención Primaria de Salud Mental en prisión del 2011, destacando la alta prevalencia de enfermedad mental entre los internos que oscila entre el 25 y 40% para algún trastorno, entre el 4 y el 6% para

una enfermedad mental grave y entre el 30 y el 50% para los trastornos asociados al uso y abuso de las sustancias psicoactivas. Ante estos datos, el autor plantea la interrogante sobre la imputabilidad de los pacientes con alguna patología mental, centrándose en particular en la jurisprudencia de los casos de imputados con síndrome psicótico en el marco de Esquizofrenia, Trastorno de Personalidad del Cluster A y Trastorno psicótico inducido por sustancias psicoactivas. La autora concluye que trastornos de personalidad de cluster A no reciben un tratamiento jurídico adecuado respecto a la responsabilidad criminal y su sintomatología clínica y pretende conocer más la realidad analizando la jurisprudencia disponible para proponer las acciones de mejora en este ámbito.

Bondarev (2015), en Rusia, realizó el estudio titulado *Compulsory ambulant observation and treatment of mentally ill persons having committed socially dangerous actions*, con el objetivo de analizar la necesidad del tratamiento ambulatorio obligatorio, sus tipos, etapas, pacientes, condiciones para efectivizar este tipo de tratamiento forzoso. Se analizaron los informes de la aplicación de esta medida en diferentes regiones de Rusia, además se estudiaron los 27 casos de cambio judicial de la medida de seguridad de internamiento por la del tratamiento ambulatorio. Se reportó que en el 2013 el tratamiento ambulatorio obligatorio recibía 7,940 pacientes que representó el 32% de todas las personas con medidas de seguridad. Asimismo, el éxito de las medidas de seguridad de tratamiento ambulatorio en la prevención de las reincidencias delictivas depende de selección correcta de los pacientes, secuencialidad de las medidas de tratamiento y rehabilitación, atención multidisciplinaria y el cumplimiento de las bases metodológicas de la prevención psiquiátrica forense.

1.2. Fundamentación científica

1.2.1. Marco filosófico-epistemológico de la investigación

El presente estudio se desarrolló en el marco epistemológico de la Filosofía del Derecho en sus diferentes vertientes respecto a las teorías de responsabilidad, delito y castigo.

Cualquier sociedad para su existencia y desarrollo necesita que sus miembros cumplan una serie de normas y sigan ciertas reglas de conducta. Esto se logra a través de un conjunto de leyes, por el incumplimiento de las cuales se aplican las penas en variedad y complejidad dependiente de la organización social (Fraile, 2016).

El origen etimológico de la palabra pena se encuentra en latín (“poena”), que significa castigo, sufrimiento, tormento físico, padecimiento y se aplica al infractor de la norma jurídica. Su función es de carácter tutelar, es decir, la protección del bien jurídico reprimiendo conductas delictivas mediante una sanción específica para cada infracción. Los castigos han evolucionado a lo largo de los tiempos, pasando de la venganza privada al control público o social. Asimismo, las penas han sido humanizándose, pasando de los castigos físicos y torturas con fines del sufrimiento del infractor a los intentos organizados de su rehabilitación y resocialización. Así, en el siglo XVIII surge la reclusión con un fin retribucionista pasando de la venganza social a la medida con un fin preventivo (Ríos Sánchez, 2012).

El derecho penal representa un conjunto de normas para regular la conducta humana, estableciendo prohibiciones y mandatos. Asimismo, la norma penal prevé los castigos a las personas consideradas imputables, es decir, responsables, y la medida de seguridad se impone a los individuos inimputables, denominados así porque carecen de la capacidad de comprender la ilicitud de sus actos y/o de la voluntad para dirigirlos. Ambos constituyen sanciones penales representando el orden punitivo institucionalizado. Son herramientas del derecho penal para obligar a los individuos a tener el comportamiento acorde a las reglas establecidas (Oviedo Pinto, 2009).

La necesidad, posibilidad, justificación y aplicación del castigo han sido los interrogantes planteados a lo largo de la historia surgiendo diversas concepciones filosóficas sobre la legitimidad de la acción punitiva estatal; como la expiación, la retribución, la prevención, la unión, la unificación dialéctica, entre otras (Ríos Sánchez, 2012).

Derecho penal clásico

El derecho penal clásico (Carrara) concibe la responsabilidad penal en relación al criterio de libertad y la imputabilidad moral del hombre siendo esto uno de sus postulados básicos. La medida de la culpabilidad y del castigo se determinaba por la medida de la libertad. Si el individuo en el momento de realizar sus actos no era capaz de comprender la ilicitud de su conducta y/o no tuvo la posibilidad de dirigirla de acuerdo con esa comprensión, no era responsable. Para el derecho penal clásico el inimputable no es sujeto del derecho penal, por no tener la función de la tutela jurídica. El concepto de imputabilidad implica la comprobación de que el sujeto al momento de determinar su conducta haya gozado del entendimiento de sus consecuencias y de la plenitud de su libertad. En resumen, la corriente clásica concibe a las personas imputables, como aquellas con la capacidad de autodeterminación, es decir, de libertad; e inimputables son aquellas que carecen de dicha capacidad. De esta forma el concepto de inimputabilidad implica una desigualdad existencial entre los hombres libres y los que no lo son. La libertad debe ser comprobada en forma positiva para cada caso concreto (Oviedo Pinto, 2009).

Utopismo

El discurso utópico (Moro, Campanella, Fourier) adquirió su relevancia a fines del siglo XVI, inicio del siglo XVII ante crisis de la gobernabilidad y necesidad de la redefinición de los mecanismos para gobernar de una manera más eficaz en un mundo cambiante y cada vez más complejo. El pensamiento utópico del Renacimiento critica el contexto político de la época y formula algunas propuestas posteriormente profundizadas y sistematizadas en la Ilustración. Los filósofos utopistas reconocen que incluso en la sociedad ideal, las desviaciones conductuales del ser humano son inevitables. Por más que existan las leyes justas y aceptadas por la mayoría, siempre habrá individuos desobedientes a ellas. Ante esta situación será necesario crear un sistema punitivo para reprimir estas conductas. Este proceso debe privilegiar la suavidad de los castigos, de su correspondencia a los delitos, priorizar el rol de la educación del

infractor y de toda la sociedad. Así, nace la idea de la proporcionalidad entre castigo y delito. La privación de la libertad aun no adquiere la importancia que tendrá más adelante (Fraile, 2016).

Utilitarismo y Consecuencialismo

Corriente filosófica de utilitarismo (J. Bentham) considera el placer y el dolor como dos motivaciones básicas para determinar el comportamiento humano. Lo bueno se define como la felicidad y lo correcto es lo que aumenta lo bueno. El rol de la sociedad es buscar el equilibrio entre acciones de diferentes personas en búsqueda de lo bueno para reducir posibles conflictos. Los castigos tienen función de evitar que unos individuos actúen perjudicando a los otros reduciendo de esta manera la felicidad en general. En el mismo sentido, el consecuencialismo considera la validez de los actos por sus consecuencias, una acción es correcta si sus resultados contribuyen al máximo desarrollo del bienestar. El utilitarismo busca el bienestar de manera general para la mayor parte de la sociedad, reconociendo que esto podría ser alcanzado a costa de otros (Ríos Sánchez, 2012).

Iusfilosofía y Positivismo Jurídico

La corriente iusfilosófica inició su desarrollo desde el siglo XVIII. Su idea principal es la necesidad de separar las esferas de la moral y del derecho, lo que posteriormente se identifica con el positivismo. La moral debe encargarse del mundo interno del hombre y el derecho debe ocuparse de sus acciones externas. Por su lado, las corrientes iusnaturalistas religiosas y racionalistas, ponen la moral por encima del derecho y afirman que la moral debe ser la rectora del derecho y orientarlo para evitar el daño. En cambio, las corrientes iuspositivistas postulan el dominio del derecho en la vida de la sociedad, dejando en el segundo plano el aspecto interno del individuo. No desatienden la moral, pero consideran que esta debe ser intervenida en otras áreas, como política, psicología o religión. Incluso proponen el denominado escepticismo moral, sosteniendo la inexistencia de los hechos morales universales, y la moral debe ser evaluada en

contextos específicos. El positivismo jurídico sostiene que para ejercer el derecho se debe obedecer la norma *stricto sensu*, siendo esta lo que garantiza la justicia. Esta postura recibe críticas en sentido de que la justicia está por encima de la obediencia a la ley y no se relaciona con el derecho. Ambas posturas son extremas. Los defensores de la afirmación sobre la obediencia a la ley para asegurar la justicia afirman que así se podría cumplir con uno de los pilares del derecho y uno de los ideales de la justicia, que es la igualdad ante la ley. Las mismas leyes deben ser aplicadas a todas las personas por igual, incluso en caso de un delito (Riva, 2015).

La escuela positivista integró las medidas de seguridad como otro tipo de las sanciones propias del derecho penal frente al delito, siendo estas aplicables a los individuos no por su culpabilidad sino por su peligrosidad. Los infractores con necesidad de medidas de seguridad y no de castigos penales se denominaron inimputables, pero no por ausencia de la imputabilidad en sentido de responsabilidad y la capacidad de actuar libremente, sino por la imposibilidad de vivir en sociedad, basado en el principio de la responsabilidad legal y social. El hombre es responsable de sus actos en la sociedad, por esto la responsabilidad se mide por el criterio de la peligrosidad (Oviedo Pinto, 2009).

Libertarismo

El libertarismo considera que las acciones pueden afectar la libertad y los derechos de los demás, priorizando un trato libre e igualitario, aunque en sacrificio de la eficacia y logros. Por otro lado, el libertarismo asigna un rol fundamental al derecho de propiedad privada es legitimando el rol del estado para controlar la conducta individual (Ríos Sánchez, 2012).

La Concepción Finalista

La corriente finalista (Hans Welzel) hizo grandes aportes a la dogmática penal representando la imputabilidad como concepto normativo precisando que se debe determinar este constructo como capacidad de culpabilidad, es decir, el grado de comprensión de la ilicitud de sus actos y de la capacidad de dirigir su voluntad acorde a

esa comprensión. Para mantener la capacidad de reconocer lo injusto e ilegal y de actuar correctamente se requiere gozar de la integridad mental. Para determinar si las funciones mentales correspondientes eran alteradas se utiliza el método mixto biológico-psicológico, sin embargo, el juzgamiento final lo debe hacer el juez y no el médico (Oviedo Pinto, 2009).

Teoría de Justicia de John Rawls

Es una teoría deontológica, cuyos principios son: igualdad de libertades; igualdad de oportunidad y acceso a recursos; y el principio de diferencia. La justicia es el objeto de una elección colectiva racional, surgen de un acuerdo voluntario de todos los miembros de la sociedad. Esta teoría considera la libertad como el bien superior y si el delito no atentó con la libertad de nadie, no debería ser castigado, con la pérdida de libertad (Ríos Sánchez, 2012).

1.2.2. Salud mental y patología en el contexto médico-legal

Durante siglos como trastornos mentales se consideraban solo aquellos que se manifestaban con grave alteración de percepción de la realidad y la significativa desorganización de la conducta. En el Derecho Romano se denominaban “*mentis alienato*” (locura, ajenación). La concepción actual del trastorno mental es mucho más amplia y considera diferentes estados que afectan adaptación, modifican patrones conductuales habituales y comprensión de la realidad. Por lo tanto, el derecho penal debería evitar o manejar cuidadosamente el concepto de la enfermedad mental (Spasennikov y Tikhomirov, 2015).

La Ley de Salud Mental del Perú, Ley N°30947 (2019), define la Salud Mental como:

El proceso dinámico de bienestar, producto de la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad. Incluye la presencia de conflictos en la vida de las personas, así como la posibilidad de afrontarlos de manera

constructiva. Implica el proceso de búsqueda de sentido y armonía, que se encuentra íntimamente ligado a la capacidad de autocuidado, empatía y confianza que se pone en juego en la relación con las demás personas, así como con el reconocimiento de la condición, propia y ajena, de ser sujeto de derechos (p.5).

El mismo documento normativo incluye el concepto de problemas de salud mental que comprenden:

- a) Problema psicosocial. Dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o entre estas y su ambiente.
- b) Trastorno mental y del comportamiento. Condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensidades variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales a que se refiere la presente ley se encuentran contemplados en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (Ley N°30947, 2019, p.5).

Spasennikov y Tikhomirov (2015), definen el trastorno mental como alteración de las funciones cerebrales y consecuente alteración de la percepción de la realidad con desorganización conductual.

La protección de la salud de los ciudadanos tiene una importancia política y social estratégica. Entre prioridades se encuentran los grupos de población vulnerables. La atención especializada a las personas con trastornos mentales y de comportamiento debe ser garantizada por el estado y realizarse en base de los principios de legalidad, humanidad y protección de los derechos humanos (Pishchita, 2009).

Golenkov (2013), presenta las estadísticas de comisión de actos socialmente peligrosos (delitos) en la República de Chuvasia (Federación de Rusia) en el período de 2001-2010. Solo el 1.2% de los pacientes con esquizofrenia registrados fueron involucrados en estos actos. La mayoría de los delitos cometidos fue contra el cuerpo, vida y salud (51.5%) y contra el patrimonio (30.5%); en 60.1% de los casos el infractor

estuvo bajo efecto de alcohol. El diagnóstico de esquizofrenia fue determinado por primera vez en quinta parte de los acusados. La gran mayoría (93.3%) fueron declarados inimputables. Entre factores de riesgo para comisión de los delitos el autor destaca la forma de esquizofrenia y mecanismos psicopatológicos de los delitos; comisión de delitos anteriormente; sexo y edad; condiciones sociales; grado de instrucción; ocupación; estado civil; antecedentes de traumatismo encéfalo-craneano; antecedentes psicopatológicos familiares; consumo de alcohol.

Guevara Vásquez (2012), indica que entre varias formas de esquizofrenia las más peligrosas en sentido de riesgo de violencia son las de tipo paranoide y catatónica, sin embargo, esto no significa que pacientes con estos cuadros están predeterminados a cometer actos criminales. Por otro lado considera que los delitos cometidos por un esquizofrénico están ligados de manera intrínseca con actos de violencia debido a su trastorno mental.

Según la estadística nacional de Rusia, la cantidad de personas con trastornos mentales que cometieron delitos representó solo el 2.0% de la totalidad de los pacientes registrados. Aunque estos datos son aproximados, debido a lo que no todos los pacientes con trastornos mentales se registran y reciben el tratamiento psiquiátrico, se puede estimar el potencial criminógeno de esta población (Makushkin, Mokhonko y Mugantseva, 2016).

Otros estudios (Gorbacheva y Tishchenko, 2017), mencionan que hasta el 41% de los delitos registrados en los establecimientos del sistema penitenciario de Rusia se realiza por los sospechosos, acusados y sentenciados que tienen trastornos mentales.

Una de las tendencias actuales en el campo del derecho penal es que cada vez más personas con diferentes trastornos mentales están involucradas en diversos hechos ilícitos. Golenkov (2013), menciona que los pacientes con esquizofrenia se caracterizan por un potencial criminógeno alto cometiendo delitos predominantemente contra la vida, cuerpo y salud; generalmente se declaran inimputables, pero reinciden en el 60% de los

casos. Además en diferentes países existe una tendencia a aumento de los delitos cometidos por los sujetos con trastornos mentales. Así, los delitos violentos crecieron cinco veces, tráfico ilícito de drogas se aumentó en tres veces, y los delitos contra el patrimonio se cometen 2.5 veces más. El autor relaciona esta estadística con la política de desinstitucionalización de los enfermos psiquiátricos, así como la frecuente comorbilidad con el consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad.

Vinkers *et al.* (2013), informan que a pesar de los datos internacionales, donde el 5.2% de los delitos con crueldad extrema (alevosía) y el 15.7% de los incendios se realizan por las personas con trastornos mentales, solo la pequeña parte de los actos ilícitos se relaciona directamente con estas alteraciones. Esta relación se distorsiona por el perfil socio-económico de los acusados, antecedentes de tratamiento psiquiátrico, comorbilidad con el consumo de las sustancias psicoactivas y trastornos de personalidad. Los autores presentan datos epidemiológicos de Holanda del 2000 hasta el 2006, según cuales, tan solo el 0.07% de todos los acusados fueron declarados inimputables (el 0.57% en caso de incendios; el 0.24% en caso de los delitos sexuales; el 0.16% en caso de los delitos con crueldad extrema; 0,02% en caso de robos). El 89.2% de los inimputables sufría de algún trastorno psicótico, el 5.1% tenía trastorno afectivo; el 3,8% tenía síndrome orgánico; y el 2.7% retraso mental.

En algunos casos estos trastornos con la afectación de los aspectos cognitivo-volitivas juegan un papel importante en etiopatogenia del comportamiento delictivo disminuyendo la comprensión de sus actos y/o el control sobre ellos. Frecuentemente el sujeto no pierde esta capacidad por completo (Spasennikov y Tikhomirov, 2015), lo que dificulta la determinación de su responsabilidad. Asimismo, están en discusión las características que deben tener las medidas de seguridad de internación con fines de tratamiento, rehabilitación y custodia.

Por otro lado, en los establecimientos penitenciarios se encuentra reclusa la gran cantidad de internos con diferentes trastornos mentales y de comportamiento. Además

existe un riesgo elevado de la reincidencia delictiva en este grupo poblacional (Spasennikov y Tikhomirov, 2015).

Pishchita (2009) y Buravtsov (2018), informan que, según la estadística de Rusia, el 25-30% de las personas inimputables con medidas de seguridad reinciden en la comisión del delito. Golenkov (2013), reporta hasta el 56.5% de reincidencias. Los autores atribuyen tan alto porcentaje a la prevención secundaria insuficiente e ineficaz; deficiencias en la organización de la atención en salud mental ambulatoria y hospitalaria; inadecuado mecanismo de referencia y contrarreferencia; programas de rehabilitación incompletas; asimismo, influye la evolución de las características clínicas y sociales exigiendo la modificación de la estructura del proceso de tratamiento y rehabilitación. Se debe considerar tanto la calidad de las acciones de rehabilitación, como la duración del tratamiento.

1.2.3. Concepción teórica de la inimputabilidad

La inimputabilidad representa un problema del derecho penal no resuelto completamente por involucrar las cuestiones de diferentes ciencias y disciplinas. Su concepción teórica y manejo práctico depende de comprensión integral de los aspectos médico-psiquiátricos, sociales y legales que genera muchas veces considerables dificultades para los administradores de justicia.

La inimputabilidad es la ausencia de la imputabilidad, entendida como la capacidad consciente-volitiva de regulación conductual al momento de actuar. Esta capacidad puede ser afectada por influencia de algún trastorno mental, trastorno psicossomático o trastorno afectivo psicógeno. En estos casos se disminuye la capacidad de regulación consciente-volitiva de la conducta, es decir, se reduce la comprensión del carácter y consecuencias sociales de las acciones (omisiones) y/o su control. En la mayoría de los casos, la persona comprende el carácter de sus actos, pero no su peligrosidad (Mishukov, 2017).

En diferentes legislaciones la inimputabilidad por causa de la salud mental se define de diversas formas (ver “Inimputabilidad en el Derecho Comparado”). La idea central se basa en que el trastorno mental podría causar el deterioro cognitivo y volitivo o afectar la función ejecutiva del cerebro impidiendo la comprensión y/o control de sus actos. En este caso el infractor no debería recibir la pena por el delito cometido.

Bersh (2013), define como inimputables a los sujetos que cometieron los actos socialmente peligrosos (delitos) en estado de alteración mental crónica, transitoria u otra, debido a ello no podían actuar conscientemente o controlar sus acciones en el momento de cometer los hechos. Asimismo, la inimputabilidad es un estado mental del sujeto que consiste en la incapacidad de darse cuenta de su acción (omisión), comprender su carácter y peligrosidad social o controlar sus actos al momento de cometerlos, debido a la alteración mental o demencia, lo que conlleva a la exención de la responsabilidad penal y posibilidad de aplicación de las medidas de seguridad con fines de tratamiento y custodia.

Los conceptos de la inimputabilidad y enfermedad mental son interrelacionados pero no sería un grave error a igualarlos. No todas las personas con enfermedades mentales que cometen el delito deben considerarse inimputables. Tampoco se requiere tener un diagnóstico de enfermedad mental definido y/o larga trayectoria de tratamiento psiquiátrico para ser declarado inimputable por un hecho ilegal.

La declaración de la inimputabilidad implica la exención de la responsabilidad penal, pero generalmente conlleva las medidas de seguridad impuestas judicialmente con fines terapéuticos y de custodia.

El sujeto con la enfermedad mental, en comparación con el inimputable, es aquel, que debido a su trastorno mental debe recibir tratamiento psiquiátrico ambulatorio u hospitalario. Si este sujeto además comete un delito, pero no está eximido de la responsabilidad penal, está sujeto a la ley penal, pero además debería recibir la atención especializada correspondiente. En este sentido, el concepto de la persona con

enfermedad mental es más amplio que el del inimputable. Además, la inimputabilidad es una cuestión netamente jurídica y no médica. El aspecto jurídico de la inimputabilidad se refiere a la peligrosidad social del sujeto debido a sus alteraciones mentales y de comportamiento. Existe opinión que la inimputabilidad implica que la persona no es culpable de sus actos, lo que contradice a la lógica ante un hecho cometido por ella. La inimputabilidad no excluye la culpa, pero exime de la responsabilidad penal, ameritando otras acciones restrictivas (medidas de seguridad) si fuera el caso (Bersh, 2013). Por otro lado Tatyana (2011), sostiene que el sujeto con estas condiciones no puede ser declarado culpable, se trata entonces de un delito “sin culpa”, y se no puede tratar de ninguna responsabilidad penal, independientemente de la gravedad de los hechos.

Villa Stein (1997), basándose en concepciones teóricas de Zaffaroni, refiere que la imputabilidad tiene dos niveles. Uno se considera como la capacidad de comprender la antijuricidad de sus actos, mientras el otro consiste en la capacidad de controlar su conducta de acuerdo a la comprensión de la antijuricidad.

En base a los estudios y concepciones teóricas poder definir los siguientes criterios de la inimputabilidad (Bogacheva y Mironov, 2017a; Spasennikov, 2015; Spasennikov y Tikhomirov, 2015; Golenkov, 2013; Bersh, 2013, Tatyana, 2012):

1. Médico: presencia de un trastorno mental o neuro-psiquiátrico, como trastorno mental crónico, trastorno mental transitorio, demencia/retraso mental u otra alteración mental. Se considera la forma nosológica de la patología, su grado y complejidad, tipo del deterioro (psicótico o no psicótico), curso de la enfermedad.

a) *Trastorno mentales crónicos* se caracterizan por el curso prolongado y progresivo con periódico o continuo aumento de los procesos patológicos, creciente deterioro de la personalidad y con escasa posibilidad de lograr una recuperación completa (p.ej., esquizofrenia). Las alucinaciones y delusiones pueden conllevar al sujeto a cometer un homicidio con alevosía o provocar lesiones graves. En este sentido, el mayor peligro guarda el primer episodio psicótico agudo de esquizofrenia. Los principales síntomas de riesgo son las delusiones de referencia (actos contra padres y

hermanos), brujería (contra madres y esposas), celotipias (contra parejas y sus supuestos amantes) y alucinaciones mandatorias. Por otro lado, el deterioro afectivo-volitivo propio de las etapas avanzadas de esquizofrenia que se manifiesta en apatía, desinterés, frialdad emocional y abulia, puede explicar acciones u omisiones contra la vida y salud u orden público.

b) *Trastornos mentales transitorios* se inician de manera súbita, se desarrollan rápidamente, persisten un tiempo corto y terminan con una completa recuperación. Generalmente se manifiestan por significativas alteraciones de conciencia, orientación, ilusiones, alucinaciones y delusiones (p.ej., delirium alcohólico). En este cuadro la persona puede ser socialmente peligrosa.

c) *Demencia* indica el deterioro pronunciado e irreversible de las funciones mentales, principalmente intelectuales, cambios permanentes de la personalidad y desadaptación social debido a la lesión cerebral por factores genéticos, traumatismo, intoxicación u otros (p.ej., demencia senil).

d) *Retraso mental* se caracteriza por la disminución permanente de las funciones cognitivas de carácter congénito o como consecuencia de las enfermedades neurológicas graves durante primeros años de vida. Se divide en leve, moderada y grave. Impide al sujeto completamente comprender y cumplir con las normas sociales, por ejemplo, referente a la propiedad privada u orden público.

e) *Otras alteraciones mentales* comprenden los trastornos que no constituyen enfermedades, pero generan una desadaptación social.

2. Psicológico/jurídico caracteriza el grado de alteración de la conciencia y de la voluntad del sujeto en el momento de comisión del acto ilícito. Graves alteraciones de la conciencia (p.ej. embriaguez alcohólica patológica o estado crepuscular en epilepsia) pueden terminar con delitos contra la vida, cuerpo y salud sin motivo alguno.

a) *Aspecto cognitivo* consiste en la incapacidad de comprender el carácter real de sus acciones (omisiones) y las consecuencias sociales.

b) *Aspecto volitivo* comprende la disminución del control de sus acciones (omisiones). Por ejemplo, bajo control de impulsos sexuales puede terminar en delitos

contra la libertad sexual (violación o tocamientos indebidos). Frecuentemente el agresor comprende total o parcialmente la ilicitud de sus intenciones, pero no puede resistir a intento de llevarlos a cabo. Por esto tratan de escoger a una víctima indefensa, en particular, menor de edad.

Por otro lado, si se determina que el trastorno mental, por ejemplo, retraso mental leve, no afectó los aspectos cognitivo-volitivos de un delito concreto, podría ser declarado culpable (Bogacheva y Mironov, 2017a; Bogacheva y Mironov, 2017b).

Como podemos observar, las propias características de alteraciones mentales en los inimputables explican que la mayoría de delitos que ellos cometen afectan el cuerpo, vida, salud o libertad sexual de la víctima.

Villavicencio Terreros (1992), describe la anomalía psíquica o la perturbación psíquica morbosa como basada en los procesos psíquicos patológicos en el ámbito emocional e intelectual fuera del contexto vivencial producidos por una lesión cerebral, por ejemplo, psicosis traumáticas, psicosis tóxicas, psicosis infecciosas, etc. La grave alteración de la conciencia, en cambio, no tiene un fondo patológico y puede ser de origen fisiológico y psicológico, como: hipnosis, embriaguez, delirio febril, agotamiento, sonambulismo, emociones intensas, etc. Las alteraciones en la percepción se basan en el aspecto biológico natural, como los sentidos.

Existen voces que aceptando el significado criminológico de los trastornos mentales indican que estos no constituyen la causa directa de los delitos. Se considera además, que no existe la relación directa entre el tipo del acto criminal y características psicopáticas de la personalidad (Bersh, 2013).

Spasennikov (2015), considera que está exento de la responsabilidad penal el sujeto quien al cometer un acto socialmente peligroso no pudo comprender el carácter factico y/o peligro social de su acción (u omisión) o controlar su conducta como consecuencia del trastorno mental crónico, trastorno mental transitorio, demencia u otra alteración mental. Asimismo, el simple hecho de tener el trastorno mental crónico, trastorno mental

transitorio, demencia u otra alteración mental no conlleva a la conclusión sobre su imputabilidad o inimputabilidad de la persona. Lo principal es determinar el grado de la influencia de este trastorno en la elección consciente y voluntaria de la conducta, comprensión por el sujeto del carácter y consecuencias sociales del comportamiento elegido.

Sumado a esto, es importante precisar que la persona que comete el delito debido a su patología mental en la mayoría de los casos es consciente total o parcialmente del carácter de sus actos, pero no comprende su peligrosidad social, es decir, consecuencias negativas para sí mismo o para los demás. Por ejemplo, el sujeto que sufre de la esquizofrenia con delusiones de persecución (trastorno mental crónico) y acuchilló a su supuesto “perseguidor”, sabía que había agarrado el cuchillo para matar a su “perseguidor” terminando de esta forma con la “persecución”. En este caso la persona comprendía el carácter fáctico de sus actos; sin embargo, no era consciente de la peligrosidad social (Bogacheva y Mironov, 2017a).

Mishukov (2017), refiere que en muchos casos el infractor no pierde por completo la capacidad de comprender el carácter de sus actos y controlarlos, a pesar de que esta capacidad está disminuida. Esto puede suceder en caso de los trastornos mentales crónicos en fase de remisión (subremisión), retraso mental leve, otras alteraciones mentales (trastornos de personalidad, neurosis). En estos casos el trastorno mental no es un sustento para eximir de la responsabilidad penal. El autor no acepta el concepto de la imputabilidad “reducida”, “disminuida” o “límite”, indicando que la persona o tiene la capacidad consciente-volitiva para controlar sus actos, o no la tiene. En el primer caso, se declara imputable, en el segundo, inimputable. La determinación de dicha capacidad se debe realizar exclusivamente en referencia al momento de comisión de delito, y requiere el esclarecimiento cuidadoso de todas las circunstancias del hecho ilícito. El criterio médico no determina la inimputabilidad, es solo una referencia que permite suponer la posibilidad de que un trastorno mental influyó significativamente en una particular manifestación conductual, lo que deberá ser aclarado durante el proceso penal.

En casos de la presencia del trastorno mental en personas imputables, se puede imponer el tratamiento forzoso, conjuntamente con la pena. Este tratamiento se realizará de manera ambulatoria en centros de reclusión, o en establecimientos públicos en caso de reos libres.

En estos casos la finalidad del tratamiento psiquiátrico, además de los aspectos netamente médicos, consiste en recuperación de la salud mental para poder adaptarse al entorno, tener la convivencia pacífica, afrontar el proceso judicial y entender el significado de la pena. En caso si la peligrosidad del sujeto se debe no a su enfermedad mental, sino a los rasgos disociales de la personalidad, la conducta se controla con medidas disciplinarias correspondientes (Khlopina y Mironov, 2017).

Tatyanina (2011), advierte que en la práctica judicial prácticamente no se discriminan los sujetos que cometieron el delito debido el trastorno mental (inimputables) y aquellos que desarrollaron la enfermedad mental durante el proceso penal. Esto permitiría a evadir la responsabilidad a las personas que realizaron los hechos conscientemente y simulaban la enfermedad mental o la misma se desarrolló de manera independiente del acto cometido.

Según la estadística del sistema penitenciario de Rusia, en el 86% de las personas quienes por primera vez ingresaron a los centros de reclusión, se desarrolla algún trastorno mental o se empeora el existente. Las principales alteraciones son el insomnio, trastornos afectivos, ansiosos, asténicos, pero en algunos casos se pueden presentar las otras, más graves. Por ejemplo, los sujetos con el trastorno esquizotípico o la esquizofrenia episódica pueden desarrollar un cuadro psicótico al ser privadas de libertad. Otro ejemplo, es la epilepsia y trastorno mental orgánico debido a la lesión cerebral. Obviamente, estos trastornos no pueden ser el motivo de la declaración de inimputabilidad por no afectar el componente consciente-volitivo al momento de la comisión del delito, lo que requiere una pronta y exhaustiva evaluación (Khlopina y Mironov, 2017).

Otro aspecto importante es la comisión del delito en personas consumidoras y/o dependientes a las sustancias psicoactivas como alcohol y drogas ilícitas, siendo este un factor de riesgo importante. Existe una relación directa consumo de alcohol y delitos graves contra el cuerpo, vida y salud. En Rusia más de la mitad de homicidios y lesiones graves se comete en el estado de embriaguez alcohólica (Nesterovskaya, 2016).

La práctica de priorizar el criterio médico como el motivo de exoneración de la responsabilidad o la reducción del castigo, contradice a los principios de prevención de la conducta delictiva. La persona con la enfermedad mental, su familia y la sociedad en general deben realizar los esfuerzos para controlar la patología y prevenir las conductas que afecten el bienestar de otras personas (Mishukov, 2017).

De la determinación de la inimputabilidad lógicamente sigue la imposibilidad de la conciliación del sujeto inimputable con la parte agraviada. La conciliación y el término del proceso judicial son posibles solo en caso de la persona culpable. De la misma manera, las personas inimputables no podrían ser sujetos de la amnistía, por no considerarse las medidas de seguridad como un castigo, ni de la culminación anticipada del proceso, debido a lo que el inimputables, por definición no comprendía las consecuencias ilícitas de sus actos y no actuaba de una manera deliberada (Tatyanina, 2012).

1.2.4. Tratamiento jurídico de la inimputabilidad

1.2.4.1. Determinación de la inimputabilidad

Aspectos médico-legales de la inimputabilidad recobran una especial importancia en la actualidad, debido a lo que cada vez más personas con trastornos mentales cometen los delitos, por otro lado, la simulación de una patología mental permitiría evitar el castigo penal por los delitos más graves y salir libre relativamente más rápido (Tatyanina, 2012).

La determinación de la inimputabilidad es un aspecto médico-legal muy importante por su complejidad e interdisciplinariedad. Los errores en una u otra dirección pueden afectar el derecho a la justicia para las víctimas o el derecho a la libertad y salud para el infractor. En caso de la inimputabilidad por causa de la salud mental, se requieren conocimientos científicos profundos en el campo de psiquiatría y psicología, lo que implica la obligatoriedad de participación de los especialistas en la evaluación de la salud mental del inculcado. Esta evaluación consiste en la realización de la pericia psiquiátrica y psicológica forense y debe realizarse por los profesionales con preparación y experiencia suficientes.

Mischenko (2007), define la pericia como un acto procesal que consiste en evaluación y emisión de la conclusión por el experto en cuestiones que requieren conocimientos específicos en ciencia, tecnología, arte u oficio. Los parámetros e interrogantes de la pericia se formulan por el juez, fiscal u otra autoridad que realiza la investigación en la materia penal. La pericia constituirá una prueba para un caso concreto. La pericia psiquiátrica forense se realiza para esclarecer los asuntos en el área de psiquiatría.

Los aspectos teóricos respectivos son el objeto de estudio de la psiquiatría forense. Makushkin, Mokhonko y Mugantseva (2016), definen la psiquiatría forense como una rama de psiquiatría y, a la vez, una disciplina médica independiente que reúne la teoría y la práctica en el campo de evaluación especializada de la persona para fines de justicia, así como determinación de las medidas para los individuos socialmente peligrosos que adolecen de trastornos mentales graves. Como el actor principal para cumplir con estos objetivos se perfila el Servicio psiquiátrico forense con una estructura de salud incluyendo departamentos ambulatorios y hospitalarios, y cuyas funciones consisten en realización de pericias, tratamiento, prevención y asesoramiento especializado a los administradores de justicia.

Shishkov (2018), agrega que el objeto de la psiquiatría forense incluye además de la problemática pericial propiamente dicha, otros aspectos, como tratamiento forzoso

(excepto el tratamiento forzoso de los sentenciados) y la evaluación no pericial, por ejemplo, de las personas sentenciadas que reciben tratamiento psiquiátrico forzoso en coordinación con la psiquiatría penitenciaria.

La realización de la pericia psiquiátrica forense se solicita cuando existen dudas al respecto del estado mental de los procesados en siguientes casos (Mischenko, 2007):

- Falta de claridad sobre los motivos del delito
- Conducta inadecuada o manifestaciones incoherentes
- Antecedentes de tratamiento psiquiátrico anterior
- Particularidades de la conducta en antes, durante o después de los hechos incriminados

La pericia psiquiátrica forense implica la aplicación de diferentes técnicas psiconeurológicas, en algunos casos con el uso de equipos médicos, así como la evaluación del estado mental, recolección de la anamnesis y observación del sujeto para determinar alteraciones de conciencia, inteligencia, esfera afectiva, voluntad, etc. Es importante resaltar, que la autoridad además de la solicitud de la pericia debe enviarle al psiquiatra forense los materiales disponibles sobre el evaluado y los hechos cometidos. De esta manera se logra la objetividad y la evaluación del fenómeno en relación con otros sistemas. Asimismo, debe haber una información biográfica completa, como aspectos genéticos, desarrollo temprano, particularidades de la crianza, conducta y rendimiento académico, relaciones interpersonales familiares, sociales, laborales, autoconcepto y autoestima, patrones características de la conducta, en particularidad, en situaciones extremas, etc. Estos datos deben ser recopilados por los especialistas en investigación criminal o las autoridades judiciales que están llevando el caso. Ellos deben verificar la información que generó las dudas sobre la imputabilidad del sujeto, asegurar la calidad de materiales, presentarlos a los expertos, evaluar críticamente sus conclusiones y contrastarlas con otras pruebas del caso. Frecuentemente durante el proceso penal se ignoran los datos que permiten sospechar la capacidad mental del sujeto, lo que afecta la imparcialidad del juicio y los derechos de los acusados. En otros

casos la calidad de materiales derivados al experto no permite generar las afirmaciones sobre el caso en condiciones ambulatorias requiriendo la evaluación en condiciones de hospitalización. Por lo tanto, para lograr el objetivo, el juzgado debe proporcionar las historias clínicas de atenciones ambulatorias y hospitalarias previas; interrogaciones de los familiares, amigos, colegas y otras personas que conocen al procesado; las manifestaciones de diferentes fuentes y de diversos períodos, así como la declaraciones de los testigos de lo sucedido (Mischenko, 2007). Por otro lado, muchas de las personas con enfermedades mentales no acceden a la atención especializada por diferentes razones, lo que no permite contar con un historial adecuado. La ausencia de los datos anamnesicos limita considerablemente las posibilidades de los peritos. Esto implica la necesidad de mayor atención en la evaluación del acusado durante su proceso judicial (Bogacheva y Mironov, 2017a).

Durante la investigación policial y fiscal pueden surgir indicios que el acusado tiene algún trastorno mental, lo que implicaría modificaciones en el curso de la investigación debido a sus particularidades. Por ejemplo, el encargado de la investigación debe recopilar la mayor cantidad posible de datos al respecto del estado mental del inculcado, para poder contribuir de esta manera con la posterior pericia psiquiátrica válida y confiable (Gorbacheva y Tishchenko, 2017).

En algunos países, como Holanda, todos los acusados deben pasar por la evaluación psiquiátrica forense para determinar la relación entre el estado mental y la comisión del delito (Vinkers *et al.*, 2013).

En Sudáfrica el acusado puede ser derivado por el juzgado para una evaluación psiquiátrica forense para determinar si tiene una enfermedad o discapacidad mental y si puede ser juzgado y/o imputable, entendido la imputabilidad como la capacidad de comprender la ilicitud de sus acciones y actuar de acuerdo con tal apreciación (Houidi, Paruk y Sartorius, 2018).

Es de suma importancia considerar los plazos de la evaluación psiquiátrica forense. Si el sujeto afectado por una enfermedad mental grave, en fase aguda, es referido para la pericia inmediatamente después de los hechos, el criterio médico (enfermedad) generalmente coincide con el criterio jurídico (aspecto cognitivo-volitivo). En caso de evaluación por los expertos luego de varios meses después del delito, el estado mental puede no reflejar la sintomatología expresa, además de variables confusoras como la reacción psicológica en la reclusión, lo que reduce significativamente la precisión de la conclusión (Bogacheva y Mironov, 2017a). Por otro lado, la posibilidad reducida o nula de comprender el carácter y consecuencias de sus acciones y controlar la conducta en una persona con trastorno mental es, generalmente, pasajera (días-semanas-meses), y puede recuperarse, incluso, sin tratamiento, a pesar de carácter crónico y progresivo de la enfermedad (Khlopina y Mironov, 2017).

Houidi, Paruk y Sartorius (2018), reportaron que en Sudáfrica solo el 23.08% de los judicializados fueron remitidos para su evaluación dentro de los seis meses luego del crimen. El 39.56% fueron evaluados en un periodo entre seis meses y un año, el 21.98% entre un año y dos años, el 9.89% entre dos y tres años y el 5.49% luego de tres años de cometer el delito. El 16.48% de los pacientes tuvieron más de una observación y solo el 9.89% fueron reevaluados dentro de un año. Además, los autores notaron que los resultados de la evaluación forense no siempre fueron considerados por los jueces, por otro lado, los infractores que podían asumir la responsabilidad penal fueron declarados inimputables. Los investigadores consideran que una mejor comprensión de las disposiciones legales aplicables a las personas con enfermedades mentales que cometen delitos, así como una estrecha colaboración entre el sistema de atención en salud mental y el poder judicial debería contribuir al desarrollo de la normatividad para la evaluación y determinación de la inimputabilidad.

Makushkin, Mokhonko y Mugantseva (2016), refieren que para elevar la calidad de las pericias psiquiátricas forenses se debe asegurar una buena interacción con las estructuras que la solicitan (policía, fiscalías y juzgados).

Adicionalmente podemos mencionar, que la inimputabilidad es un concepto aplicable no solamente en caso de la infracción del Código Penal, sino también del Código Civil en caso de infracciones administrativas. Dicho aspecto no es muy estudiado en el Derecho, sin embargo, recobra una importancia debido al aumento de las personas con afectaciones mentales en la población. Para la determinación de la inimputabilidad es de gran importancia la pericia psiquiátrica forense, mientras que los antecedentes (tratamientos anteriores, discapacidad a causa de la salud mental) no pueden significar automáticamente la inimputabilidad del sujeto infractor (Sekretareva, 2015).

1.2.4.2. Medidas de seguridad

La prevención de los actos peligrosos por parte de las personas con trastornos mentales es una importante tarea de la atención psiquiátrica de la salud mental. La prevención primaria consiste en identificación oportuna de las personas con trastornos mentales y de comportamiento, especialmente con el riesgo elevado de auto- y heteroagresión, su tratamiento, seguimiento y rehabilitación. La prevención secundaria se realiza para prevenir las reincidencias de las acciones peligrosas (delitos) y se logra a través de las medidas de seguridad con fines de tratamiento y rehabilitación en condiciones ambulatorias y de internamiento en servicios psiquiátricos especializados. Las medidas generales incluyen el diagnóstico temprano de los trastornos mentales, acceso al tratamiento psicofarmacológico, atención psicológica, psicoterapéutica y social de calidad. Las medidas especiales comprenden tratamiento obligatorio hospitalario y ambulatorio, además el seguimiento activo (Bondarev, 2015).

Las medidas de seguridad con fines de tratamiento se aplican a las personas con trastornos mentales que cometieron actos socialmente peligrosos contrarios al derecho penal o delitos (Polubinskaya, 2016).

La imposición de las medidas de seguridad de internación con fines de tratamiento constituye uno de los problemas interdisciplinarios y complejos desde el punto de vista teórico y práctico para la sociedad moderna. Los últimos cambios en las legislaciones

penales de diferentes países tratan de superar las serias implicancias éticas y sociales del asunto y requieren mayores estudios desde diferentes perspectivas. Una de las obligaciones del Estado de Derecho es la determinación correcta del rol y las características de las medidas de seguridad en la legislación penal por comprometer los Derechos Humanos (Pishchita, 2009).

Por ejemplo, Roxin (1997), considera que el objetivo de la pena y de las medidas de seguridad no se diferencia esencialmente. Las medidas de seguridad contrastan con la pena en su forma, pero ambos tienen la tendencia fundamentalmente preventiva.

Bramont Arias (2004) citado en Urquizo Olaechea (2014), refiere que

Las medidas de seguridad son sanciones que el juez aplica a los inimputables o imputables relativos que han cometido un hecho punible en atención a su peligrosidad, para evitar que se dañe a sí mismo o a los demás. La medida de seguridad no deja de ser una sanción penal. Mantiene semejanza con la pena en cuanto gozan del mismo régimen de garantías individuales, priva o disminuyen algún bien jurídico y desempeñan la función de prevención, en el sentido de preservar a la sociedad de la acción de delincuentes temibles o a recuperarlos con tratamiento curativo (p. 302).

Mientras Vetoshkin (2017), postula que las medidas penales que no constituyen castigos penales o penas se consideran en la mayoría de los sistemas penales internacionales, representando la reacción de la sociedad en los actos contrarios al orden público con fines de rehabilitación antes o después de la comisión del delito. La esencia educativa de las mismas tiene similar naturaleza a la pena, pero debería diferenciarse por los métodos más humanos y preventivos.

Las medidas de seguridad con fines de tratamiento se dividen en el internamiento en los establecimientos psiquiátricos especializados y en el tratamiento ambulatorio. La hospitalización se aplica en caso de una enfermedad mental grave y el peligro considerable del sujeto respecto a la comisión de nuevos delitos. El tratamiento

ambulatorio puede ser impuesto como a los inimputables dependiendo de su estado de salud mental, tanto en caso cuando el trastorno mental no exime de la responsabilidad penal, por ejemplo, paidofilia. En estos casos el tratamiento ambulatorio se determina judicialmente conjuntamente con la pena (Polubinskaya, 2016).

En algunas legislaciones (Rusia) se prevé la situación cuando el sujeto que cometió el ilícito podría salir libre al finalizar el proceso si se determina que es inimputable por lo tanto, no es sujeto al castigo penal, sin embargo, su estado de salud mental y carácter del delito no requiere de la aplicación de las medidas de seguridad y debería llevar su tratamiento en el sistema de salud en general. Es decir, la imposición de las medidas de seguridad no es una decisión automática que sigue necesariamente a la declaración de la inimputabilidad, sino la reacción de la sociedad para evitar la comisión de nuevos delitos. Para tomar la decisión correcta se debe considerar los criterios médico (la patología) y jurídico (conciencia de sus actos y control de ellos) no solo en el momento de la evaluación, sino con proyección al futuro (Tatyanina, 2012).

En diferentes países se utilizan siguientes conceptos (Vetoshkin, 2017):

- medidas de seguridad (Algeria, Afganistán, Bolivia, Brasil, Camerún, Colombia, Costa-Rica, Costa de Marfil, Chile, Cuba, España, Guatemala, Honduras, Islandia, Líbano, Marruecos, México, Moldova, Nicaragua, Panamá, Perú, Portugal, Rumania, Salvador, San-Marino, Tailandia, Turquía, Uruguay, repúblicas de ex-Yugoslavia);

- medidas de rehabilitación y seguridad (Alemania, Grecia);

- medidas de seguridad administrativas (Italia);

- medidas (Etiopia, Hungría, Países Bajos, Paraguay, Suiza);

- medidas preventivas (Austria);

- medidas penales (Polonia);

- otras consecuencias legales del acto ilícito (Dinamarca, Noruega);

- medidas de supervisión y rehabilitación (Sudan);

- otras medidas de intervención (Estonia);
- otras medidas de carácter penal (Azerbaiyán, Rusia, Tadjikistan);
- otras medidas de intervención penal (Armenia, Kazajstán, Turkmenistán);
- otras medidas de intervención legal (Uzbekistán);
- medidas penales de otro tipo (Georgia);
- otras medidas de responsabilidad penal (Mongolia).

Al respecto de la cantidad de las personas con medidas de seguridad con fines terapéuticos, diferentes países reportan estadísticas variadas y con diversos criterios para su medición. Así, en Rusia, este número asciende a 1.1% de todas las sentencias judiciales (Polubinskaya, 2016).

En comparación, la cantidad de personas privadas en libertad en el sistema penitenciario de Rusia con trastornos mentales en el año 2012 alcanzó el 129,839 representando el 18.2% de todos los sentenciados (Polubinskaya, 2016).

Pishchita (2009), advierte que las medidas de seguridad con fines de tratamiento, desde el punto de vista jurídico, es una forma especial de la imposición legal que consiste en actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales que cometieron delitos y requieren por su estado de salud estar bajo supervisión y tratamiento. Las medidas de seguridad deben ser consideradas únicamente como una forma de reacción de la sociedad ante los actos ilícitos cometidos por los sujetos con alteraciones mentales y no constituye opresión alguna por el estado mental en sí mismo, ni menos por alguna diferencia de carácter religioso, político o social. Los vacíos legales en el tratamiento jurídico de las personas con trastornos mentales pueden causar el uso de psiquiatría para fines de persecución política.

La finalidad del tratamiento forzoso consiste en lograr la recuperación de la salud mental total o parcial para desaparecer el riesgo de generar daño a sí mismo o a los demás debido al trastorno mental (Khlopina y Mironov, 2017).

Es decir, los fines de las medidas de seguridad con fines de tratamiento no se reducen solo a la atención médica del interno. Además del aspecto netamente de la salud (prevención y recuperación), interviene el aspecto jurídico, como prevención de los futuros delitos. Ambos fines están estrechamente relacionados (Nesterovskaya, 2016).

Tatyanina (2011), refiere siguientes tipos de las medidas de seguridad con fines de tratamiento y custodia aplicados a las personas con trastornos mentales:

- Medidas de seguridad impuestas a las personas declaradas inimputables por motivos de la salud mental
- Medidas de seguridad impuestas a las personas declaradas imputables al momento de cometer el delito, pero que se enfermaron durante el proceso penal
- Medidas de seguridad impuestas a las personas declaradas imputables al momento de cometer el delito, pero que se enfermaron durante el cumplimiento de la pena
- Medidas de seguridad impuestas a las personas inimputables que fueron extraditadas por otro país.

En algunos países (España, Italia, Cuba, etc.), las medidas de seguridad pueden ser aplicadas con fines de prevención de delitos, es decir, a las personas que aún no cometieron actos socialmente peligrosos, pero podrían llegar a hacerlo. Dicha postura no está libre de controversias (Vetoshkin, 2017).

Por lo tanto, la finalidad de las medidas de seguridad es la recuperación o mejoría del estado mental del infractor y prevención de la comisión de nuevos actos peligrosos para la sociedad o para el propio paciente. Se deben aplicar no solo debido a la conducta ilícita, sino, prioritariamente, debido al estado mental del infractor. En caso de las medidas de seguridad, la prevención de nuevos delitos se busca mediante la recuperación total o parcial de la salud y no a través de la rehabilitación y reinserción social, como en caso de las penas. Por otro lado, las medidas de seguridad podrían dictarse a los sujetos no inimputables, pero con relevante patología mental, adicionalmente a la pena (Vetoshkin, 2017; Polubinskaya, 2016; Pishchita, 2009).

El estado actual de la ciencia médica no permite hablar sobre la recuperación total de la enfermedad mental. La mayoría de patologías mentales son crónicas, por lo tanto, solo se puede esperar una mejoría del estado de salud. Es un aspecto que no tiene criterios estrictos generando dificultades para los psiquiatras y desconfianza de los administradores de justicia. En el aspecto médico-legal entendemos como la mejoría de la salud mental la desaparición de la peligrosidad social del sujeto debido al trastorno mental; capacidad estable para la regulación consciente-volitiva de su conducta para evitar la comisión de nuevos actos ilícitos; consciencia de su enfermedad y compromiso de tratamiento voluntario luego de cumplir la pena o el levantamiento de la medida de seguridad. Las personas que no lograron estos indicadores, deben recibir tratamiento ambulatorio obligatorio por un tiempo bastante prolongado (Nesterovskaya, 2016).

Las medidas de seguridad se diferencian de la pena por sus objetivos, contenidos y consecuencias.

Los objetivos de las medidas de seguridad (Nesterovskaya, 2016; Pishchita, 2009):

1. Recuperación completa o parcial de la salud mental cuando el sujeto ya no representa peligrosidad para la sociedad.
2. Asegurar la seguridad social evitando la comisión de nuevos delitos durante o después del tratamiento.
3. Evitar la autoagresión
4. Defensa de los derechos de las personas inimputables
5. Defensa de los derechos de los terceros y de la sociedad en general
6. Rehabilitación y reinserción social

Las medidas de seguridad son de carácter forzado e involuntario, por ser ejercidas por el Estado independiendo de los deseos del sujeto y representan cierta limitación de su libertad y derechos. Las medidas de seguridad constituyen las medidas médicas y legales. El aspecto legal consiste en que estas se determinan por el juez en base del Código Penal, el juez también determina además su cese, modificación o prórroga. La imposición de medidas de seguridad debe obedecer a tres principales condiciones:

comisión del delito por el sujeto; padecimiento de un trastorno mental; peligrosidad social del sujeto debido a su dolencia psiquiátrica. Por separado, estas condiciones no constituyen el fundamento para la aplicación de la medida de seguridad, solo en conjunto, representando un reto para los administradores de justicia. A su vez, la peligrosidad social se refiere al riesgo de auto- o heteroagresión, así como al apoderamiento ilícito o el deterioro de la propiedad ajena debido a propia patología mental. Además se debe considerar el estado físico de la persona (Polubinskaya, 2016; Pishchita, 2009).

Luego del cese de la medida de seguridad debido a la evolución favorable del estado mental del sujeto, este podría ser declarado culpable por otros delitos. La persona declarada inimputable por un delito podría ser declarada culpable por el otro, a pesar de que su trastorno mental crónico no es curable (Bogacheva y Mironov, 2017a).

Por otro lado, Polubinskaya (2016), advierte que la determinación de la inimputabilidad y determinación de la medida de seguridad es potestad exclusiva del juez considerando las recomendaciones de la pericia psiquiátrica en contexto de otras pruebas y características del hecho. Esto significa que la cantidad de sentencias con medidas de seguridad no necesariamente debe coincidir con las conclusiones periciales respectivas. Por ejemplo, en Rusia en el año 2012 al internamiento fueron derivados aproximadamente la mitad de las personas recomendadas por los expertos. Asimismo, la cantidad de pacientes con tratamiento ambulatorio fue superior de lo sugerido. Dichos datos requieren un mayor estudio para revelar las causas de discordancia entre conclusiones judiciales y recomendaciones periciales. Entre posibles causas se menciona el insuficiente sustento de la elección de la medida de seguridad por parte de los expertos; baja calidad del informe pericial; así como, la contradicción de sus conclusiones con otras pruebas del expediente; cambio del estado de salud mental en transcurso del proceso. Asimismo, se desconoce que parte de las conclusiones fue rechazada por completo, y cual solamente respecto a las recomendaciones sobre la

medida de seguridad. Bogacheva y Mironov (2017a), agregan que la determinación de medidas de seguridad es un derecho y no una obligación del juez.

El aspecto médico implica que las características, objetivos, tipos y condiciones de inicio, modificación y término de las medidas de seguridad dependen exclusivamente del criterio médico. Los médicos-psiquiatras deben determinar la necesidad del tratamiento independientemente del delito cometido y de la pena prevista. Considerar en la evaluación del inimputable y en la determinación del carácter de la medida de seguridad la gravedad del delito introduciría un componente punitivo, lo que es incorrecto. Los sujetos bajo medidas de seguridad deben recibir el mismo tratamiento que reciben los pacientes en general, dependiendo del curso, gravedad, comorbilidad y otras características de la enfermedad. El cese de las medidas de seguridad se realiza cuando el estado mental del paciente permite considerar la ausencia o significativa disminución del riesgo de acciones antisociales. Las medidas de seguridad incluyen tanto la hospitalización, como el tratamiento y seguimiento ambulatorio (Polubinskaya, 2016; Pishchita, 2009).

En conclusión, la determinación de la necesidad y del carácter de las medidas de seguridad se realiza en dos etapas. Primero, los expertos psiquiatras realizan la pericia, establecen las características del trastorno mental del sujeto y su relación con el delito cometido y recomiendan, si fuera necesario, el tratamiento forzado y su tipo. Luego el juez, al evaluar la conclusión pericial conjuntamente con otras pruebas y circunstancias del delito, toma la decisión de eximir de la responsabilidad penal del sujeto y determina el carácter de la medida de seguridad, reflejándolo en la sentencia respectiva (Polubinskaya, 2016).

Los establecimientos psiquiátricos especializados donde se ejecuta la medida de seguridad mediante el internamiento de los pacientes con fines terapéuticos y de custodia se clasifican de acuerdo al régimen de observación (Makushkin, Mokhonko y Mugantseva, 2016):

- Establecimientos hospitalarios psiquiátricos de régimen especial con observación estricta
- Establecimientos hospitalarios psiquiátricos de régimen especial
- Establecimientos hospitalarios psiquiátricos de régimen común

Como criterios de peligrosidad se consideran los siguientes factores (Polubinskaya, 2016):

- Clínico-psicopatológicos: ideas delusivas con el contenido dirigido contra las personas u organizaciones específicas; trastornos depresivos con ideas de culpa (riesgo del suicido extendido)
- Socio-psicológicos: desempleo, carencias económicas, escaso apoyo social, consumo frecuente de alcohol o drogas.

En caso de baja peligrosidad del sujeto, existe la posibilidad de realizar su seguimiento, observación, tratamiento y rehabilitación en condiciones ambulatorias. Dicha medida recientemente introducida en la legislación de algunos países (p.ej., Rusia) ocupa una posición intermedia entre el internamiento en un hospital psiquiátrico especializado y el tratamiento extramural convencional. El tratamiento ambulatorio obligatorio está destinado a evitar innecesariamente la restricción de la libertad de las personas y su aislamiento del medio socio-familiar. Además, dicha medida está dentro del paradigma de desinstitucionalización que es propia para diversos países del mundo actual (Polubinskaya y Makoushkina, 2014).

Este tipo de medida de seguridad puede ser independiente o ser la siguiente etapa luego del internamiento. El cambio de la medida de seguridad de internamiento por la del tratamiento ambulatorio es cada vez más frecuente en la práctica judicial en comparación con el cese del internamiento forzoso. Como la única medida de seguridad el tratamiento ambulatorio es posible en caso de los hechos ilícitos cometidos por la persona con trastorno mental transitorio o el episodio psicótico de la enfermedad mental crónica que se han resuelto y su repetición es poco probable; o en casos cuando el delito fue provocado por la situación desfavorable que se resolvió antes del momento de la

sentencia. Luego del internamiento es recomendable seguir con el tratamiento obligatorio de manera ambulatoria cuando la adaptación social del paciente es inestable y se requiere ayuda externa para adaptarse a la vida autónoma (Bondarev, 2015).

Principales indicaciones para la medida de seguridad mediante el tratamiento psiquiátrico ambulatorio obligatorio (Polubinskaya y Makoushkina, 2014):

- Sujetos con trastornos mentales graves que fueron declarados inimputables. En estos casos el tratamiento ambulatorio se determina como medida independiente o sigue luego del internamiento
- Sujetos con trastornos mentales sin ser declarados inimputables. El tratamiento ambulatorio se realiza mientras el paciente está cumpliendo la pena impuesta, sin embargo, es posible su extensión luego del cumplimiento de la sentencia o en caso de libertad restringida.

Entre ventajas del tratamiento ambulatorio está la ausencia del aislamiento de los pacientes, conservación de las relaciones sociales, además el factor económico. Dicha medida es recomendable cuando el estado mental del paciente no requiere su hospitalización, pero existen condiciones de asistencia mensual a la consulta psiquiátrica, cumplimiento de las indicaciones, buena adherencia al tratamiento (Bondarev, 2015).

La responsabilidad del cumplimiento del tratamiento ambulatorio obligatorio debe ser asumida por los centros especializados del sector público, como dispensarios, centros de salud mental comunitaria, etc. dependiendo del sistema de salud de cada país. Para esto dentro de la estructura orgánica de estos establecimientos debe haber oficinas responsables del seguimiento ambulatorio activo. El seguimiento activo permite no solo el cumplimiento del tratamiento ambulatorio impuesto judicialmente con la finalidad de recuperación de los infractores y prevención de reincidencias delictivas (prevención secundaria), sino la identificación, registro y seguimiento de los pacientes con trastornos mentales graves que representan el riesgo de comisión de los actos socialmente peligrosos (prevención primaria). El seguimiento activo requiere una base de datos

retroalimentada de manera intrasectorial e intersectorial, por ejemplo, en coordinación con comisarías y organismos judiciales (Polubinskaya y Makoushkina, 2014).

Al respecto de la duración óptima de las medidas de seguridad, existen diferentes puntos de vista. Algunos autores no encuentran la relación entre el tiempo en tratamiento forzoso y la posibilidad de reincidencia. Otros consideran que esta relación existe y mientras más tiempo el inimputable se encuentra internado, menos será la probabilidad de nuevos actos ilícitos. Por otro lado, hay evidencias que largos periodos de hospitalización aumentan la desadaptación social y la posibilidad de actos antisociales. Actualmente no existen criterios definidos sobre la duración de las medidas de seguridad y esta problemática es actual para muchos países. Por otro lado, los excesivos plazos de la medida de seguridad representan una considerable carga económica para el sistema sanitario, además de la desadaptación social generada al paciente (Buravtsov, 2018).

Ley de Salud Mental del Perú considera como internamiento el “proceso por el cual el paciente en una situación de emergencia psiquiátrica es ingresado a un establecimiento de salud para recibir atención inmediata y específica por un periodo no mayor de doce (12) horas”, mientras la hospitalización es in “proceso por el cual el paciente es ingresado a un establecimiento de salud para recibir cuidados necesarios con fines de diagnóstico o terapéuticos, que requieran permanencia y necesidad de soporte asistencial por más de doce (12) horas. La hospitalización se realiza en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel de atención” (Ley N°30947, 2019, p.5). El Art.29° de la mencionada Ley reconoce la competencia del juez penal para disponer una medida de seguridad de hospitalización, sin embargo, explicita que “el tiempo de duración de las medidas judiciales de internamiento u hospitalización ordenadas por el juez civil o el juez de familia es definido por la junta médica del establecimiento donde se realice la hospitalización” (p. 9) lo que entra en colisión con el Art. 73° del Código Penal peruano vigente (Código Penal del Perú, 1991).

1.2.5. Legislación y Jurisprudencia en materia de la Inimputabilidad

1.2.5.1. Legislación peruana en materia de la Inimputabilidad

Código Penal del Perú

Artículo 20°.-Inimputabilidad

Está exento de responsabilidad penal: 1. El que por anomalía síquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión; (Código Penal del Perú, 1991, p.40).

Artículo 71°.- Medidas de seguridad

“Las medidas de seguridad que establece este Código son: 1. Internación; y 2. Tratamiento ambulatorio” (Código Penal del Perú, 1991, p.66).

Artículo 72°.- Aplicación de las medidas de seguridad

Las medidas de seguridad se aplicarán en concurrencia con las circunstancias siguientes: 1. Que el agente haya realizado un hecho previsto como delito; y 2. Que del hecho y de la personalidad del agente pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele una elevada probabilidad de comisión de nuevos delitos (Código Penal del Perú, 1991, p.66).

Artículo 73°.- Proporcionalidad de las medidas de seguridad

“Las medidas de seguridad deben ser proporcionales con la peligrosidad delictual del agente, la gravedad del hecho cometido y los que probablemente cometiera si no fuese tratado” (Código Penal del Perú, 1991, p.66).

Artículo 74°.- Internación del agente

La internación consiste en el ingreso y tratamiento del inimputable en un centro hospitalario especializado u otro establecimiento adecuado, con fines terapéuticos

o de custodia. Sólo podrá disponerse la internación cuando concurra el peligro de que el agente cometa delitos considerablemente graves (Código Penal del Perú, 1991, p.67).

Artículo 75°.- Duración de la medida de internación

La duración de la medida de internación no podrá exceder el tiempo de duración de la pena privativa de libertad que hubiera correspondido aplicarse por el delito cometido. Sin perjuicio de que el Juez lo solicite cada seis meses, la autoridad del centro de internación deberá remitir al Juez una pericia médica a fin de darle a conocer si las causas que hicieron necesaria la aplicación de la medida han desaparecido. En este último caso, el Juez hará cesar la medida de internación impuesta (Código Penal del Perú, 1991, p.67).

Artículo 76°.- Tratamiento ambulatorio

“El tratamiento ambulatorio será establecido y se aplicará conjuntamente con la pena al imputable relativo que lo requiera con fines terapéuticos o de rehabilitación” (Código Penal del Perú, 1991, p.67).

Artículo 77°.- Internación previa a la pena

Cuando se necesite aplicar una medida de internación a un imputable relativo, o a un toxicómano o alcohólico imputable, el Juez dispondrá que ella tenga lugar antes de la pena. El período de internación se computará como tiempo de cumplimiento de la pena sin perjuicio que el Juez pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración atendiendo al éxito del tratamiento (Código Penal del Perú, 1991, p.67).

Código de Ejecución Penal del Perú

Artículo 217°.

217.5. Centros para la ejecución de las medidas de seguridad establecidas en el Código Penal. Para ello, la administración penitenciaria deberá: 217.5.1 Coordinar

con el Ministerio de Salud la hospitalización del interno en un establecimiento público especializado, para el correspondiente tratamiento. En este caso, el médico tratante deberá informar bimestralmente a la autoridad judicial que impuso la medida de seguridad, la evolución de la salud del interno; y, 217.5.2 Implementar en las áreas de salud, los anexos psiquiátricos, para el tratamiento de los internos e internas sujetos a una medida de seguridad, cuando no sea posible la hospitalización en un centro de salud mental. Cuando no existan estos establecimientos especiales, se implementarán secciones especiales para dicho fin en las áreas destinadas al servicio de salud del establecimiento penitenciario (Ruiz García, 2015, p.135).

Ley de Salud Mental. Ley N°30947.

Artículo 11. Atención por problemas de salud mental de las personas privadas de su libertad en establecimientos penales.

“El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos en coordinación con el Ministerio de Salud tienen la responsabilidad de velar por la salud mental de las personas privadas de su libertad” (Ley N°30947, 2019, p.6).

Artículo 29. La hospitalización por mandato judicial.

La hospitalización por mandato judicial se realiza de acuerdo a los siguientes términos: 1. El juez penal competente puede disponer el internamiento preventivo en establecimientos de salud, para fines de estabilización, evaluación y diagnóstico, de conformidad con la legislación de la materia. 2. En caso de que la evaluación psiquiátrica diagnosticase problemas de salud mental que requieran la hospitalización en un establecimiento de salud, el juez penal puede disponer una medida de seguridad de hospitalización por un tiempo que no exceda el tiempo de duración que considere la junta médica del establecimiento donde se hubiera realizado la hospitalización, previa audiencia con presencia del Ministerio Público y del abogado defensor. Dicha audiencia se lleva a cabo en un plazo no mayor de

48 horas de recibida la evaluación psiquiátrica. 3. El director del establecimiento de salud remite al juez competente un informe detallado sobre el estado de salud de la persona hospitalizada, corroborando o no la necesidad de continuar con la hospitalización. Informa al juzgado correspondiente cada tres semanas sobre la evolución de la persona hospitalizada. 4. Cuando la persona hospitalizada por orden judicial se encuentre en condiciones clínicas de alta, determinada por junta médica, el director del establecimiento de salud informa y solicita al juez competente el egreso de la persona hospitalizada, debiendo la autoridad judicial evaluar el caso a fin de que pueda tomar las medidas pertinentes; entre ellas, la medida de seguridad ambulatoria, para que la persona se reintegre a su familia y esta le preste el soporte o, en caso de ser portadora de algún cuadro psicótico crónico y no contare con familiares, pueda ser acogida en un hogar o residencia protegida, sujetándose a las normas establecidas en esta ley. 5. El tiempo de duración de las medidas judiciales de internamiento u hospitalización ordenadas por el juez civil o el juez de familia es definido por la junta médica del establecimiento donde se realice la hospitalización (Ley N°30947, 2019, p.8).

1.2.5.2. Jurisprudencia peruana en materia de la Inimputabilidad

Resolución Administrativa N°336-2011-P-PJ. Corte Superior de Justicia de la República. Circular sobre la determinación y duración de la medida de seguridad de internación.

Artículo Primero.

Precisar que la duración de la medida de internación no podrá exceder el tiempo de duración de la pena privativa de la libertad que hubiera correspondido aplicar al infractor por el delito cometido. Sin embargo, en el transcurso de la internación, conforme al artículo 75°, primer párrafo, del Código Penal, se puede cesar, sustituir o, en su caso, mantener la medida impuesta cuando las causas que hicieron necesaria la aplicación de la medida al inimputable persistan, han

desaparecido o, de otro modo, han variado de tal suerte que haga aconsejable el cumplimiento de otra medida si a través de ella se pueda mejorar la resocialización del autor (Corte Superior de Justicia de la República, 2011, p.3).

Artículo Segundo.

Exhortar a los Jueces que conocen procesos penales de inimputables en ejecución de sentencia, para que, en un plazo razonable y, necesariamente, cada seis meses, previa pericia médica del centro Hospitalario Especializado, o del Centro Hospitalario Penitenciario a que se refiere el artículo 104°, numeral 2, del Código de Ejecución Penal, se pronuncien respecto a la continuación, cese, o variación de la medida de internación (Corte Superior de Justicia de la República, 2011, p.4).

Artículo Tercero.

Exhortar al Ministerio de Salud y al Instituto Nacional Penitenciario para que, al más breve plazo, constituya Centros o Secciones Hospitalarias adecuadas y dicten, en lo pertinente, las medidas necesarias para el control y evaluación de los internos inimputables por resolución judicial en el plazo previsto por ley (Corte Superior de Justicia de la República, 2011, p.4).

Resolución Administrativa N°210-2018-CE-PJ. Consejo Ejecutivo del Poder Judicial.

Artículo Primero.

Exhortar a los jueces penales del país a considerar en las medidas de seguridad que dispongan, la aplicación de los criterios de internamiento establecidos en el Decreto Supremo N°033-2015-SA, que contiene el Reglamento de la Ley N°29889, Ley que modifica el artículo 11° de la Ley N°26842 – Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental (Consejo Ejecutivo del Poder Judicial, 2018, p.2).

Sentencia del Exp. N.º03426-2008-PHC/TC del Tribunal Constitucional.

19.

El Estado debe asumir la política de tratamiento y rehabilitación a personas con problemas de salud mental teniendo como fundamento el respeto de todos sus derechos fundamentales, pues las personas que adolecen de enfermedades mentales (esquizofrenia, paranoia, depresión, etc.), dentro de las que se incluyen a las personas sujetas a medidas de internación se encuentran en un estado de especial vulnerabilidad. Así las cosas, parece no haber duda sobre el reconocimiento de los derechos sociales (salud mental); no obstante el problema se presenta en el bajo nivel de cumplimiento, respecto al cabal desenvolvimiento de estos derechos, de los establecimientos de salud mental, por lo que el Estado adoptar todas las medidas destinadas a superar dicha problemática, fortaleciendo los niveles de coordinación intra e interstitucional: Ministerio de Justicia, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Salud, Congreso de la República, Poder Judicial, etc. (Tribunal Constitucional, 2010, p. 5).

27.

Sobre esta base este Colegiado considera que no puede alegarse deficiencias del propio Estado para evitar el cumplimiento de un mandato judicial que dispone la internación de una persona que padece una enfermedad mental a efectos de que sea sometida a un tratamiento médico especializado. Por tanto, constituye un imperativo que se adopten las medidas inmediatas, a fin de reducir, y mejor aún, desaparecer el déficit de los recursos logísticos y otros, por lo que, el Ministerio de Economía y Finanzas debe incrementar el presupuesto al Ministerio de Salud y éste ampliar la cobertura correspondiente en los centros hospitalarios para mejorar la condiciones de vida de las personas que adolecen de enfermedad mental (Tribunal Constitucional, 2010, p. 7).

28.

Asimismo, otro de los factores no menos importante que impide la ejecución de las medidas de internación es la omisión del Poder Judicial, más concretamente de los jueces que conocen los procesos penales en etapa de ejecución, quienes no emiten pronunciamiento sobre los informes médicos que le son remitidos por los directores de los centros hospitalarios recomendando el cese de dicha medida. Esta situación tampoco es nueva o aislada, sino antigua y frecuente, toda vez que, la Defensoría del Pueblo en su Informe Defensorial N° 102 de diciembre de 2005, titulada “Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental”, señaló que “aun cuando en muchos casos los directores de los hospitales emiten los referidos informes médicos, indicando que los/las pacientes se encuentran en condiciones de alta, estos informes no son tomados en consideración por los/las jueces que dispusieron las medidas de internación” (En: <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>). En ese sentido, resulta preciso señalar que los jueces que conocen los procesos en ejecución deben cumplir con evaluar periódicamente sobre la base de los informes médicos que les son remitidos, la conveniencia o no de levantar las referidas medidas de seguridad de internación o, en su caso, la posibilidad de que dichas personas reciban tratamiento ambulatorio (Tribunal Constitucional, 2010, p. 7).

30.

La situación descrita en los fundamentos que preceden permite constatar a este Tribunal Constitucional la violación masiva y/o generalizada de uno o varios derechos fundamentales (derecho a la salud, integridad personal, etc.) que afectan a un número significativo de personas que adolecen de enfermedad mental. Pero además, esta situación de hecho contraria a la Constitución, permite reconocer a este Colegiado la existencia de un estado de cosas inconstitucional respecto de las personas que adolecen de enfermedad mental, dentro de las que se encuentran las

personas sujetas a medidas de internación. En efecto, se aprecia que existen escasos planes, programas y servicios de salud mental dirigidos a personas que se encuentran sujetas a medidas de seguridad de internación. Los existentes no están debidamente articulados entre los sectores e instituciones del Estado, lo cual se aleja por entero del Plan Estratégico del Instituto Nacional Penitenciario (INPE) para el período 2007-2011, que recoge las propuestas de la Comisión Multisectorial, creada por la Resolución Ministerial N° 336- 2006-PCM de fecha 18 de setiembre de 2006, e integrada por la Presidencia del Consejo de Ministros, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas, entre otros, y que en el rubro V Lineamientos Estratégicos: Salud Penitenciaria, señala que es prioridad para el INPE: “Desarrollar y/o fortalecer los vínculos con el Ministerio de Salud en los respectivos niveles regional y local, así como la asistencia y traslado de internos psiquiátricos a Hospitales de Salud Mental” (Tribunal Constitucional, 2010, p. 8).

31.

Sobre esta base este Tribunal Constitucional en cuanto garante último de los derechos fundamentales, considera que para la superación del problema, que es de naturaleza estructural, se hace necesaria la intervención activa y oportuna no sólo de las autoridades emplazadas, sino fundamentalmente, coordinada y/o mancomunada, de los demás sectores o Poderes del Estado (Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, Congreso de la República, Poder Judicial, etc.). Por tanto, este Tribunal exige el replanteamiento de la actuación de los poderes públicos, a fin de que adopten un conjunto de medidas de carácter administrativo, legislativo, judicial y de otra índole que tengan por objeto superar de manera inmediata y eficaz las situaciones de hecho que dan lugar al quebrantamiento de la Constitución (Tribunal Constitucional, 2010, p. 8).

32.

Sentado lo anterior, y teniendo en cuenta los efectos generales de la sentencia en la que se declara el estado de cosas inconstitucional, este Tribunal, de conformidad con lo establecido en el artículo VI del Título Preliminar del Código Procesal Constitucional, señala que cualquier persona o personas que se encuentren en las mismas circunstancias a las descritas en esta sentencia, esto es, que sufran agravio por el mismo o similares actos lesivos, podrán acogerse a los efectos de la presente sentencia o a la doctrina constitucional sentada por este Tribunal, no siendo necesaria la interposición de nueva demanda de hábeas corpus (Tribunal Constitucional, 2010, p. 8).

Sentencia del Exp. N.º04007-2015-PHC/TC del Tribunal Constitucional.

17.

En esta perspectiva, la integración de la salud mental implica transformar el sistema de salud fortaleciendo o implementando nuevos establecimientos y servicios con capacidad resolutoria, eficiencia, efectividad y calidad en todos los niveles de atención, para ofrecer un servicio integral que aborde las necesidades de salud mental de la población. Adicionalmente, el desafío al que se enfrenta el Estado peruano es la inclusión y desarrollo del componente de salud mental en la norma y la práctica asistencial cotidiana de los equipos de salud generales. Además comprende el impulso de políticas públicas que favorezcan efectivamente la salud de las poblaciones más vulnerables (Tribunal Constitucional, 2019, p. 9).

73.

Esta grave situación exige que el Tribunal Constitucional expida una sentencia para buscar remediar una generalizada y sistemática violación del derecho fundamental a la salud de las personas internadas en establecimientos penitenciarios, ordenando a las respectivas autoridades (INPE, Ministerio de

Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, y Poder Legislativo), la elaboración y ejecución efectiva de un sistema penitenciario de salud mental (Tribunal Constitucional, 2019, p. 28).

81.

En consecuencia, de conformidad con lo expuesto en los párrafos que anteceden, el Tribunal Constitucional considera que debe declararse un estado de cosas inconstitucional respecto de la falta de diagnóstico y tratamiento de la salud mental de las personas que se encuentran internadas en los establecimientos penitenciarios del país y que, a pesar de tener problemas de salud mental, no reciben un tratamiento médico especializado (Tribunal Constitucional, 2019, p. 31).

Ejecutoria Suprema del 29/9/93

...conforme lo ha establecido la doctrina contemporánea, la imputabilidad es la capacidad síquica de culpabilidad consiguiente su ausencia impedirá que opere la exigibilidad y el reproche aquel sujeto que comete un injusto penal en estado de inimputabilidad, no exhibe ninguna disposición interna contraria a la norma, por lo que no es por reprochable su decisión... (Poder Judicial, Ejecutoria Suprema del 29/9/93. Exp. N° 1297-93. Lima. Rojjasi Pella, Carmen citado en Exp. N° 1482-2014; Exp. N°00940-2015).

R.N. N°2129-2015 de la Corte Suprema de la República

No tendría ningún sentido imponer una pena privativa de libertad a alguien que no es capaz de controlar su obrar. En ese caso la pena no podría cumplir su función preventiva especial, pues el sujeto no es capaz de no repetir su conducta en tanto la misma no es manifestación de su voluntad; así tampoco cumpliría su función retributiva, pues se haría sufrir a alguien por algo que no era capaz de evitar. Ahora bien en el derecho penal las penas tienen una naturaleza distinta respecto de las medidas de seguridad. Mientras que la pena constituye la sanción tradicional

que caracteriza al derecho penal y es un mal con el que este amenaza en el caso de que se realice un acto considerado como delito; las medidas de seguridad no suponen la amenaza de un mal en el caso de que se cometa un delito, sino un tratamiento dirigido a evitar que un sujeto peligroso nuevamente llegue a cometerlo. No obstante ello, desde la perspectiva constitucional, la medida de seguridad de internación se justifica no solo porque persigue evitar la comisión de futuros delitos, sino también porque su finalidad es la recuperación de la persona. Por ello, es una exigencia constitucional que, a fin de que dicha medida cumpla su finalidad, la persona sea internada en un centro hospitalario que cuente con tratamiento médico especializado y la adecuada atención profesional (Corte Suprema de la República, 2015, s/p)

Sentencia del Exp. N°18543-2014

“Ello en concordancia con el artículo VII del Título Preliminar del Código Penal donde se señala que: “La medida de seguridad solo puede ser ordenada por intereses públicos predominantes” (Poder Judicial).

1.2.5.3. Otros documentos relacionados con la Inimputabilidad

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Artículo 12. Igual reconocimiento como persona ante la ley.

4. Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos. Esas salvaguardias asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la

voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible y que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas (Naciones Unidas, 2008, p.12).

Artículo 14. Libertad y seguridad de la persona.

1. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás: a) Disfruten del derecho a la libertad y seguridad de la persona; b) No se vean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente y que cualquier privación de libertad sea de conformidad con la ley, y que la existencia de una discapacidad no justifique en ningún caso una privación de la libertad. 2. Los Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, en igualdad de condiciones con las demás, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente Convención, incluida la realización de ajustes razonables (Naciones Unidas, 2008, p.13).

Decreto Legislativo N°1325. Decreto legislativo que declara en Emergencia y dicta medidas para la reestructuración del sistema nacional penitenciario y el Instituto Nacional Penitenciario

Artículo 1.- Declaratoria de emergencia.

Declárese en emergencia el Sistema Nacional Penitenciario y el Instituto Nacional Penitenciario, en adelante INPE, por razones de seguridad, salud, hacinamiento y deficiente infraestructura por el período de veinticuatro meses, a fin de revertir la aguda crisis que atraviesan los establecimientos penitenciarios a nivel nacional (Decreto Legislativo N°1325, 2017, p.16).

Artículo 3.- Condiciones de salud penitenciaria.

2. Atención y tratamiento en materia de salud mental. Para el mejoramiento de la atención de la salud mental, las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que brindan estos servicios coordinan con el INPE e impulsan programas de tratamiento integral que permitan la atención, medicación y/o traslado definitivo de las personas con problemas en salud mental a un centro especializado (Decreto Legislativo N°1325, 2017, p.16).

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS MODIFICATORIAS. PRIMERA.-
Incorporación del artículo 82-A al Código de Ejecución Penal.

Incorporase el artículo 82-A al Código de Ejecución Penal, quedando redactado de la siguiente manera: “Artículo 82-A.- Traslado a centro hospitalario especializado
Ante la aparición de alguna anomalía psíquica durante la reclusión que afecte gravemente el concepto de la realidad del interno, procede el traslado hacia un centro hospitalario especializado, conforme al informe médico emitido por la administración penitenciaria y previa decisión del juez que dispuso el internamiento.” (Decreto Legislativo N°1325, 2017, p.20).

Decreto Legislativo N°1328. Decreto Legislativo que fortalece el sistema penitenciario nacional y el Instituto Nacional Penitenciario.

Artículo 32.- Salud Penitenciaria

32.1 La población penitenciaria tiene derecho, sin discriminación, al acceso de los servicios de salud para la prevención, promoción y recuperación. El Estado, a través del sistema nacional de salud, garantiza el acceso y las prestaciones con infraestructura, equipamiento y recursos humanos capacitados. 32.2 El INPE articula y coordina con las entidades del sistema nacional de salud e instituciones prestadoras para una adecuada atención de la población penitenciaria. El reglamento regula la organización, competencia, funciones, financiamiento y los mecanismos de articulación y coordinación del INPE con el sistema nacional de salud (Decreto Legislativo N°1328, 2017, p.36).

Decreto Supremo N°005-2016-JUS. Decreto Supremo que aprueba la política nacional penitenciaria y el plan nacional de la política penitenciaria 2016 – 2020.

2.4.2.5. Respecto a la atención sanitaria

Adicionalmente, es insuficiente la especialización de los profesionales de salud del Régimen Cerrado, ya que no existen oportunidades de capacitación para los servidores de salud en áreas de salud mental, adulto mayor, salud oral, salud sexual y reproductiva en mujeres, entre otros (Poder Ejecutivo, 2016, p.42).

2.4.2.6. Situación de población especial

Respecto a los que padecen incapacidad psíquica, no existe un registro oficial actualizado de inimputables a nivel del Poder judicial, Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y Ministerio de Salud (MINSA). Siendo este un mecanismo indispensable al imponer una "medida de seguridad de internación" a aquellas personas que sufren de trastornos mentales, que debe cumplirse en un centro hospitalario especializado. De otro lado, los inimputables que permanecen

indebidamente en los Establecimientos Penitenciarios con enfermedades crónicas reciben alimentación y tratamiento por parte de la administración penitenciaria. Así, durante el año 2015, se han registrado 53 inimputables a nivel nacional (Poder Ejecutivo, 2016, p.44).

3.7. Lineamientos de la Política Nacional Penitenciaria

e) Fomento de la aplicación adecuada de las medidas de seguridad para inimputables y tratamiento especializado para personas con problemas de salud mental. Este lineamiento está orientado a impulsar medidas que mejoren los servicios y la atención de los internos con problemas de salud mental, y evitar el ingreso de personas inimputables al sistema penitenciario, garantizando el cumplimiento de las medidas de seguridad para estos últimos (Poder Ejecutivo, 2016, p.61).

Oficio N°3529-2015-DGSP/MINSA

En atención a los derechos de las personas que padezcan alguna enfermedad mental y requieran de periodos de hospitalización; éstos no deben exceder al tiempo necesario para lograr su estabilización; ya que periodos prolongados de internamiento ocasionan mayores riesgos para la salud mental de la persona; por lo que existen recomendaciones internacionales orientando a que los periodos de internamiento sean lo más breves posibles; así mismo constituye un derecho de la persona que padece enfermedad mental, el ser tratado preferentemente en forma ambulatoria, lo que además está contemplado en la Ley N°29889, Artículo 1°, incisos b y c. El Ministerio de Salud, no dispone de ambientes para proceder al internamiento de las personas derivadas por el Poder Judicial, en condición de medidas de seguridad y por periodos que atentan contra la salud de las personas a quienes se pretende proteger. Transitoriamente, en forma eventual, podrían considerarse como ambientes de tratamiento, los que existen en el área para la atención de salud mental en el penal de Lurigancho. Este establecimiento cuenta

con Médico Psiquiatra, además de personal calificado para la atención de salud mental. En el mencionado establecimiento se dispone de 60 camas para internamientos; y actualmente no llegan el 50% de su servicio ofertado (Dirección General de Salud de las Personas, 2015, p.3).

Oficio N°488-2019-DG-HVLH/MINSA

Lo que ha hecho la Ley N°30947 es modificar tácitamente el Código Penal, el Código Procesal Penal y el Código de Ejecución Penal (Reglamento), en lo que respecta a las medidas de seguridad, específicamente la internación, señalando que es el establecimiento de salud el que evalúa y señala el tiempo en que el imputado debe permanecer hospitalizado en un centro de salud el para recibir tratamiento médico, (ya no el juzgado) (Hospital “Víctor Larco Herrera”, 2019, p.2).

En otras palabras, ahora las medidas de seguridad de internación solo deben de dictarse por el tiempo estrictamente necesario para la estabilización clínica (compensado), no para tenerlo por meses o años “curándolo” al paciente y el tratamiento médico se debe realizar en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio fin de no desarraigarlo de sus familiares, que en buen cuenta son sus soportes. Este es uno de los derechos del más alto nivel que garantiza la Ley N°30947 (Hospital “Víctor Larco Herrera”, 2019, p.3).

1.2.6. Inimputabilidad en el Derecho Comparado

Según Malinovsky (2010), el Derecho Comparado estudia la realidad legal incluyendo aspectos retrospectivos, actuales y prospectivos. El objeto del estudio comprende la doctrina penal y criminológica; legislación penal, prácticas de investigación criminal y judicial.

La inimputabilidad es un problema médico-legal vigente en el derecho internacional y aun completamente no resuelto (Spasennikov, 2015). En diferentes países el tratamiento legal respectivo varía dependiendo de la concepción teórica de la

imputabilidad, posibilidades de diagnóstico médico, contexto cultural y jurisprudencia local.

A pesar de que la regulación normativa respecto a los enfermos mentales que cometieron el delito inició su desarrollo en el siglo XIX, el sistema legislativo de las medidas de seguridad con el tratamiento forzoso requiere un análisis científico y perfección práctica. Es necesario lograr un equilibrio entre los derechos del paciente y la seguridad social (Buravtsov, 2018).

La ley penal francés (1810-1993) fue una de las primeras en la historia que exentó de la responsabilidad penal a las personas que cometieron los actos socialmente peligrosos bajo los síntomas de locura (“démence”) (Código Penal de Francia del 1810, 1947, p.11).

El concepto de inimputabilidad y alteraciones mentales asociados a ella se utilizaba en la criminalística rusa en la primera mitad del siglo XIX (Spasennikov y Tikhomirov, 2015).

El criterio psicológico de la inimputabilidad comprendido como la imposibilidad de “comprender y querer” debido al estado psicológico fue considerado en el Código Penal italiano del 1930 (Spasennikov, 2015).

En el Derecho Penal anglosajón los fundamentos de la inimputabilidad históricamente han sido formulados con poca claridad. Hasta la actualidad siguen vigentes las quince Reglas de McNaughton (R. v. McNaughton) adoptadas en el 1843 en Inglaterra que indican la necesidad de demostrar que el sujeto al cometer el delito tuvo una alteración debido a su enfermedad mental (*disease of the mind*) que no comprendía la naturaleza y características de sus actos, o no sabía que actuaba incorrectamente (*did not know the nature and quality of his or her act, or that it was wrong*). En algunos estados de los Estados Unidos, las Reglas de McNaughton fueron complementadas por el concepto de impulso incontrolado, que deja la posibilidad de considerar como

inimputable al sujeto que no pudo controlar sus impulsos causados por el trastorno mental a pesar de saber sobre la ilicitud de su actuar (Spasennikov, 2015).

Alemania

Código Penal de la República Federativa de Alemania, Párrafo 20º: “No tiene la culpa quien cometiendo un acto, no puede comprender su ilicitud o actuar según tal comprensión como consecuencia del trastorno mental, alteración grave de la conciencia, demencia u otra alteración mental grave” (Código Penal de la República Federativa de Alemania, 2003, p.130).

Austria

Código Penal de Austria del 2004, Párrafo 11º: “Actúa sin culpa él quien al cometer el acto como consecuencia de la enfermedad mental, demencia, alteración grave de la conciencia u otro trastorno mental grave equivalente a uno de los mencionados, no tiene la capacidad de comprender la ilicitud de su acto o actuar acorde a esta comprensión” (Código Penal de Austria, 2004, p.50).

Bélgica

Código Penal de Bélgica del 2004, Art. 71º: “No se considera como un acto contrario al derecho, si el acusado o sospechoso se encontraban en el momento de cometer el ilícito en el estado de inimputabilidad o estaban forzados a hacerlo sin poder resistir” (Código Penal de Bélgica, 2004, p.71).

Bielorus

Código Penal de la República Bielorus, Art. 100º: “Medidas de seguridad y tratamiento pueden ser determinadas por el juez conjuntamente con la pena para las personas con inimputabilidad reducida para crear condiciones para su recuperación y para fines de la responsabilidad penal” (Nesterovskaya, 2016).

Bulgaria

Código Penal de la República de Bulgaria del 2001, Art. 33º: “Está exento de responsabilidad penal el sujeto quien actúa en condiciones de inimputabilidad, es decir, cuando debido al retraso mental, trastorno mental prolongado o corto, no pudo comprender el carácter y consecuencias de sus actos o controlar su conducta (Código Penal de la República de Bulgaria, 2001, p.43).

Corea del Sur

Código Penal de República de Corea del 2004, Art. 10º-1 “Sujetos con trastornos mentales”: “Está exento de la pena el acto de la persona que debido a su trastorno mental no está en capacidad de manejar su voluntad o controlarla” (Código Penal de República de Corea, 2004, p.46).

Dinamarca

Código Penal de Dinamarca del 2001, Párrafo 16º: “Personas que al cometer el acto no se daban cuenta de sus acciones debido a la enfermedad mental o estado similar a la enfermedad mental no son sujetos de la pena. Lo mismo se refiere a las personas con incapacidad mental grave” (Código Penal de Dinamarca, 2001, p.24).

España

Código Penal de España del 1998, Art. 21º: “Exento de responsabilidad penal quien al cometer el hecho penal: no pudo comprender la ilicitud de sus actos o dirigir sus acciones por causa de alguna alteración o trastorno mental; estuvo en el estado de intoxicación alcohólica grave, bajo efecto de sustancias tóxicas, estupefacientes, psicotrópicas u otras, no tuvo la intención de cometer el delito o no había previsto y no debió prever la posibilidad de su comisión; sufre de trastornos mentales con incapacidad de comprender la realidad desde el nacimiento o la niñez (Código Penal de España, 1998, p. 218).

Estados Unidos

Código Penal de Estados Unidos del 1962, Art. 4.01°-1: “El sujeto está exento de la responsabilidad penal si al cometer el delito él, debido a la enfermedad o incapacidad mental, carecía en gran medida de la capacidad de darse cuenta de ilicitud de sus actos o dirigir sus acciones acorde a las exigencias legales”. En la legislación de los Estados Unidos la defensa debe demostrar la inimputabilidad del acusado, mientras la fiscalía puede presentar pruebas sobre la imputabilidad en el momento de comisión del delito. Las personas declaradas inimputables se derivan para su tratamiento al establecimiento hospitalario de régimen cerrado (Spasennikov, 2015).

Estonia

Código Penal de la República de Estonia del 2001, Art. 11° “Inimputabilidad”: “Está exento de responsabilidad penal el sujeto quien, al cometer el hecho contrario al presente Código, estaba en condiciones de inimputabilidad, es decir, no podía darse cuenta de sus actos o controlarlos debido a la enfermedad mental, trastorno mental transitorio, retraso mental u otra alteración mental” (Código Penal de la República de Estonia, 2001, p.45).

Francia

Código Penal de Francia del 1993, Art. 122°-1: “Está exento de la responsabilidad penal el sujeto que en el momento de cometer el acto estaba con algún trastorno mental o neuro-psiquiátrico que no le quitó la posibilidad de comprender o controlar sus acciones” (Código Penal de Francia, 2002, p.79).

Georgia

Código Penal de Georgia del 2002, Art. 34°: “Está exento de la culpa el sujeto, quien, al cometer el hecho ilícito previsto por el presente Código, debido a la enfermedad mental crónica, trastorno mental transitorio, retraso mental u otra enfermedad mental no podía comprender la ilicitud de su acto o, aunque la comprendía, no estaba en capacidad de actuar de otra manera” (Código Penal de Georgia, 2002, p.107).

Holanda

Código Penal de Holanda del 2001, Art. 39°: “Sujeto que comete un ilícito por el cual no puede ser responsable debido a las carencias en el desarrollo intelectual o la enfermedad mental, está exento de la responsabilidad penal” (Código Penal de Holanda, 2001, p.173).

Japón

Código Penal de Japón del 2002, Art. 39°: “El acto cometido por el enajenado mental no está penado. La pena por el acto cometido por un demente debe ser reducida” (Código Penal de Japón, 2002, p.52).

Letonia

Código Penal de la República de Letonia del 2001, Art. 13° “Inimputabilidad”: “Está exento de responsabilidad penal el sujeto que cometió el delito en condiciones de inimputabilidad, es decir, no pudo darse cuenta de su acto o controlarlo debido a los trastornos mentales o retraso mental” (Código Penal de la República de Letonia, 2001, p. 56).

Lituania

Código Penal de la República de Lituania del 2002, Art. 17° “Inimputabilidad”: “Está exento de responsabilidad penal el sujeto quien, debido a los trastornos mentales, al cometer el hecho contrario al presente Código, no comprendía su peligro o no pudo controlar su conducta (Código Penal de la República de Lituania, 2002, p.131).

Noruega

Código Penal de Noruega del 2003, Párrafo 44°: “Está exento de la pena el infractor enfermo mental o quien estaba en el estado inconsciente. Del mismo modo, quien al cometer el acto tuvo un trastorno mental de alto grado” (Código Penal de Noruega, 2003, p.73).

Polonia

Código Penal de Polonia del 2001, Art. 31°: “No comete el delito quien, debido a la enfermedad mental, retraso mental u otro trastorno mental, no pudo al momento de cometer el acto comprender su significado o controlar su conducta” (Código Penal de Polonia, 2001, p.58).

Rusia

Según el Código Penal de la Federación Rusa del 1996, Art. 21° “Inimputabilidad”: “1. Está exento de la responsabilidad penal el sujeto, quien al momento de cometer un acto socialmente peligroso se encontraba en condiciones de inimputabilidad, es decir, no pudo comprender el carácter y peligrosidad de su acción (omisión) o controlar su conducta debido al trastorno mental crónico, trastorno mental transitorio, demencia u otra patología mental. 2. El sujeto que cometió un acto socialmente peligroso previsto en la Ley penal en condiciones de inimputabilidad, puede ser sometido a medidas de seguridad con fines terapéuticos, previstos por el presente Código”.

De acuerdo al Art. 22° “Responsabilidad penal de los sujetos imputables con trastornos mentales”: “1. Persona imputable que al momento de cometer el delito, debido al trastorno mental no pudo comprender completamente el carácter y peligrosidad social de sus acciones (omisiones) o controlarlas está sujeto a la responsabilidad penal. 2. El trastorno mental que no implica la inimputabilidad se considerará por juez al momento de determinar la pena y podría ser el sustento para imposición de medidas de tratamiento forzoso” .

De acuerdo a los Art. 97°, 99° y 102°, se aplican las medidas de seguridad de internación y tratamiento a las personas que cometieron un delito, sufren de trastornos mentales y representan peligro para sí mismo y para los demás. Los sujetos se clasifican en siguientes categorías:

- Inimputables

- Inimputables relativos
- Adictos a alcohol y drogas
- Personas con el inicio de trastorno mental posterior a la reclusión

Según el Art. 72.1º del Código Penal, el juez además de la pena principal a la persona con adicción tiene facultades de imponerle el tratamiento médico y/o la rehabilitación social. En este caso, la medida mencionada corresponde a otras medidas médico-legales forzosas (Belous y Martynov, 2013).

Suecia

Código Penal de Suecia del 2000: “Sujeto que comete el delito por la influencia de un trastorno mental grave no puede ser sentenciado a pena privativa de libertad” (Código Penal de Suecia, 2000, p.174).

Suiza

Código Penal de Suiza del 2002, Art. 10º “Inimputabilidad”: “Está exento de la responsabilidad quien, debido a la enfermedad mental, demencia o alteración grave de la conciencia al momento de cometer un ilícito, no estaba en capacidad de comprender la ilicitud de acto delictivo o actuar con conciencia de esta ilicitud” (Código Penal de Suiza, 2002, p. 76).

Turquía

Código Penal de Turquía del 2003, Art. 46º: “Está exento de la pena el sujeto que al momento de cometer el acto estaba en estado de trastorno mental que le quitó por completo su imputabilidad y libertad de acciones” (Código Penal de Turquía, 2003, p. 57).

2. Justificación de la investigación

En los últimos años la salud mental se ha convertido en un verdadero desafío para la salud pública. Según la OPS, en las Américas entre el 19% y el 24% de la población

adulta sufre de algún trastorno mental. Pero lo más preocupante es que alrededor del 70% de esta población no recibe tratamiento en los servicios de salud de la región (OPS, 2014). En el Perú, Velásquez (2009), ha determinado que las enfermedades neuropsiquiátricas son responsables de la mayor carga de enfermedad en el país produciendo 826 253 AVISA, lo que representa el 16% de todos los AVISA y el 28% de los AVISA de las enfermedades no transmisibles. Los estudios epidemiológicos realizados en el país indican que por lo menos un tercio de la población urbana adulta sufrió algún problema de salud mental o enfermedad psiquiátrica durante su vida con pequeñas diferencias entre las poblaciones de costa, sierra y selva y la mayoría de trastornos se inician antes de los 30 años (Piazza y Fiestas, 2014). Ante esta problemática, Bojórquez, et al. (2012), proponen una reforma de la salud mental en el Perú reestructurando la atención psiquiátrica con énfasis en la atención primaria centrada en la comunidad con la finalidad de salvaguardar la dignidad y los derechos humanos de las personas.

En el ámbito del derecho penal la situación médico-legal es más grave aún. En el Perú no existe un hospital psiquiátrico forense cuya finalidad fuera tanto el tratamiento especializado de las personas judicializadas con trastornos mentales como el peritaje observacional de los casos de una presunta simulación. Según el informe del Ministerio de Salud (2016), en sus hospitales se encuentran 106 personas con inimputabilidad y medidas de seguridad concentrados principalmente en los tres nosocomios psiquiátricos de Lima y distribuidos en pequeñas cantidades en los servicios de salud mental de los hospitales de provincia (MINSa, 2016). Según el reporte del Hospital “Víctor Larco Herrera”, el hospital psiquiátrico más grande del país, este solo cuenta con 12 camas en el Servicio de Psiquiatría Forense para los pacientes ingresados por disposiciones judiciales, sin embargo, por presiones judiciales tuvo que recibir más inimputables ascendiendo a la cantidad de hospitalizados de 42 pacientes con una lista de espera de 72 personas (HVLH, 2015). La situación se agrava por los desproporcionadamente excesivos plazos de medidas de seguridad impuestas (hasta los 30 años) lo que riñe con

un criterio médico-científico actual, y la negación de los jueces de levantar la medida de detención al paciente con condiciones de alta médica a pesar de una expresa indicación del Código Penal peruano. Dicha situación ha llevado al Hospital “Víctor Larco Herrera” a solicitar la declaración en el estado de emergencia para impedir el ingreso de los inimputables. Los otros centros especializados se encuentran en una situación problemática similar. Las personas judicializadas con trastornos mentales al no ser recibidas en los hospitales deben permanecer en los establecimientos penitenciarios expuestos a numerosos abusos y condiciones inhumanas debido a sus limitaciones sociales, económicas y cognitivas.

El Instituto Nacional Penitenciario del Perú tampoco asume la responsabilidad ante la problemática existente presentando una grave carencia de la infraestructura, recursos materiales, financieros y humanos destinados para el área de salud en general y salud mental en particular.

La situación descrita llevó al Tribunal Constitucional del Perú a determinar “la violación masiva y/o generalizada de uno o varios derechos fundamentales (derecho a la salud, integridad personal, etc.) ...”, declarando la “existencia de un estado de cosas inconstitucional respecto de las personas que adolecen de enfermedad mental, dentro de las que se encuentran las personas sujetas a medidas de internación” (Tribunal Constitucional, 2010).

Justificación científica (teórica): aportar al conocimiento sobre las características particulares de los pacientes judicializados hospitalizados, su perfil epidemiológico, clínico y legal, carente de información sistematizada en nuestro medio.

Justificación social (práctica): debido a la gran importancia socio-legal con el compromiso de los Derechos Humanos fundamentales, se debe profundizar el conocimiento al respecto de la problemática de los inimputables con el fin de diseñar y realizar las intervenciones que ayuden a mejorar el estado de salud y la calidad de vida de este grupo poblacional.

3. Problema

El desarrollo actual de la ciencia reconoce la complejidad del concepto de la salud mental y a la enorme variedad de las motivaciones y manifestaciones conductuales del hombre. La salud mental es “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”. (OMS, 2014, N°220).

En este sentido la salud mental no puede considerarse como mera ausencia de las enfermedades neuropsiquiátricas individuales, sino como más bien un ideal de completa satisfacción intra- e interpersonal resultante de una óptima interacción de múltiples variables biológicos, genéticos, epigenéticos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, espirituales, educacionales, etc. Si bien es cierto que hay determinados factores de la personalidad genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales, estos últimos no pueden reducirse solamente a ellos. Y mucho menos el acto delictivo puede ser atribuido solo a las enfermedades psiquiátricas.

Considerando lo mencionado líneas arriba, da impresión que cada vez menos personas en el mundo pueden asegurar de que gocen de una buena salud mental. La pobreza, el desempleo, la desnutrición, la inequidad, la discriminación, el estrés laboral, el caos vehicular, la contaminación del medio ambiente, la inaccesibilidad de los servicios de salud y educación son algunos de los factores que desencadenan las enfermedades somáticas, violencia, delincuencia, prostitución infantil, drogadicción, depresión, ansiedad, suicidios y otras manifestaciones que no caben dentro de la definición de salud mental propuesta por la OMS. Y esto sin considerar las enfermedades primariamente endógenas, como esquizofrenia, trastorno bipolar o demencias, que, aunque no son causadas directamente por los factores externos, pero debutan bajo la influencia desfavorable del entorno o su curso se torna más grave.

Sánchez (2001), revela que un gran número de enfermos mentales crónicos terminan en prisión si no se les proporciona la asistencia adecuada. La escasa accesibilidad a los servicios de salud mental, falta de registro, control y seguimiento de estos pacientes es otro problema que puede repercutir en violencia. Siendo los trastornos neuropsiquiátricos la primera causa de carga de enfermedad en el Perú (Velásquez, 2009), en diferentes regiones del país cerca de 80% de la población con la necesidad de atención en salud mental no la recibió (INSM HD-HN, 2002-2010), y solo el 32.8% de trastornos severos recibieron algún tipo de tratamiento (Piazza y Fiestas, 2014).

Los indicadores macroeconómicos de algunos países, incluyendo el Perú, crecientes los últimos años no significan paradójicamente la mejoría importante de la situación social de la población que se encuentra a cargo del estado, en particular, la salud y la educación.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que ejecutó el Primer Censo Nacional Penitenciario, en el abril del 2016 se registró el 77 mil 86 internos en los 67 establecimientos penitenciarios del país (INEI, 2016). Según el registro penitenciario del INPE en el 2014 en los penales del Perú se encontraba solo 38 inimputables, 8 de ellos en el Establecimiento Penitenciario Lurigancho (INPE, 2014), representando este número un subregistro significativo.

En nuestro medio son escasos los estudios sobre las características clínico-epidemiológicas, situación social y problemática médico-legal de los pacientes judicializados, incluyendo inimputables.

Asimismo, planteamos el siguiente problema de investigación:

Problema General:

¿De qué manera puede contextualizarse y caracterizarse la situación socio-médico-legal de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas, clínico-psiquiátricas y médico-legales de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú, en el período 2014-2018?
- ¿Cómo pueden describirse y caracterizarse las vivencias de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018?
- ¿Qué podemos aprender de la documentación médica y legal correspondiente a las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018?
- ¿Cuál es la situación médico-legal de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, según los datos recopilados durante el periodo 2014-2018?
- ¿Qué circunstancias inciden la comisión del delito en los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, según los datos recopilados durante el periodo 2014-2018?
- ¿Qué cambios urgen en el manejo de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú?

4. Conceptuación y operacionalización de las variables

4.1. Definición conceptual

Paciente judicializado puede ser definido como la persona sentenciada (inimputable) o procesada por un delito penal, con una orden de internamiento en el servicio médico especializado impuesta judicialmente debido al trastorno mental crónico o agudo.

Según la Real Academia Española el inimputable es la “persona eximida de responsabilidad penal por no poder comprender la ilicitud de un hecho punible o por actuar conforme a dicha comprensión” (Real Academia Española, 2019). El Código Penal del Perú, DL N° 635, Art. 20°, contempla 11 causas de inimputabilidad, siendo la

primera “El que, por anomalía psíquica, grave alteración de la conciencia o por sufrir alteraciones en la percepción, que afectan gravemente su concepto de la realidad, no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión” (Código Penal, 1991, Art. 20°).

4.2. Operacionalización de las variables (Fase cuantitativa):

VARIABLES	DIMENSIÓN OPERACIONAL	TIPO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	VALORES DE LA CATEGORÍA
Características socio-demográficas							
Sexo	Características genotípicas y fenotípicas relacionados con el género	Cualitativa nominal	Tipo de género	Tipo de género	Nominal	Masculino Femenino	1 2
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio	Cuantitativa a continua	Años cumplidos	Cantidad de años	Razón	18-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 años o más No hay datos	1 2 3 4 5 6
Procedencia	Lugar de nacimiento	Cualitativa nominal	Lugar de nacimiento	Lugar de nacimiento	Nominal	Lima Metropolitana y Callao Costa, excepto Lima y Callao Sierra Selva Extranjero No hay datos	1 2 3 4 5 6
Grado de instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa ordinal	Nivel de estudios realizados o incompletos	Nivel de estudios realizados o incompletos	Ordinal	Analfabeto Primaria (diferentes años concluidos) Secundaria (diferentes años concluidos) Superior (concluida o sin concluir) No hay datos	1 2 3 4 5
Ocupación fuera del EP	Conjunto de actividades realizadas por la persona para mantenerse	Cualitativa nominal	Trabajo realizado	Trabajo realizado	Nominal	Desempleado o eventual Sin preparación especial (agricultor, obrero, mecánico, chofer, vendedor, seguridad, pescador, cobrador, ayudante, etc.) Técnico Profesional Otro (PNP, EP, comerciante, estudiante) No hay datos	1 2 3 4 5 6
Estado Civil	Estatus de la persona determinada por sus relaciones de familia	Cualitativa nominal	Situación al respecto de matrimonio	Situación al respecto de matrimonio	Nominal	Soltero(a) Casado(a) Conviviente Divorciado(a) Viudo(a) No hay datos	1 2 3 4 5 6
Número de hijos	Descendientes directos de una persona	Cualitativa nominal	Existencia y número de descendientes	Existencia y número de descendientes	Nominal	Sin hijos 1-2 hijos 3-4 hijos 5 a más hijos No hay datos	1 2 3 4 5

Soporte familiar	Atención que brindan los familiares al paciente	Cualitativa nominal	Frecuencia de las visitas, apoyo material y psicológico	Frecuencia de las visitas, apoyo material y psicológico	Nominal	Ausente Deficiente Regular Bueno No hay datos	1 2 3 4 5
-------------------------	---	---------------------	---	---	---------	---	-----------------------

Variables	Dimensión operacional	Tipo	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría
Características médico-legales							
Delito cometido*	Acto ilegal tipificado en el Código Penal	Cualitativa nominal	Acto ilegal tipificado en el Código Penal	Acto ilegal tipificado en el Código Penal	Nominal	Homicidio simple (Título I, Cap. I, Art. 106°)	1
						Parricidio (Título I, Cap. I, Art. 107°)	2
						Homicidio calificado, incluyendo feminicidio (Título I, Cap. I, Art. 108°)	3
						Lesiones graves (Título I, Cap. III, Art. 121°)	4
						Secuestro (Título IV, Cap. I, Art. 152°)	5
						Violación Sexual (Título IV, Cap. IX, Art. 170°)	6
						Violación Sexual de menor de edad (Título IV, Cap. IX, Art. 173°)	7
						Actos contra el Pudor en menores (Título IV, Cap. IX, Art. 176°-A)	8
						Robo Agravado (Título V, Cap. II, Art. 189°)	9
						Estafa (Título V, Cap. V, Art. 196°)	10
						Tráfico Ilícito de Drogas (Título XII, Cap. III, Sec. II)	11
						Otro	12
						No hay datos	13
Situación jurídica	Aspectos condicionantes básicos de la existencia jurídica de los sujetos	Cualitativa nominal	Existencia de la sentencia	Existencia de la sentencia	Nominal	Procesado con medida de internamiento	1
						Sentenciado como inimputable	2
Duración de la medida de seguridad en caso de inimputables	Cantidad de años según la sentencia	Cuantitativa continua	Cantidad de años	Cantidad de años	Razón	No aplica (procesado)	1
						1-5 años	2
						6-10 años	3
						11-15 años	4
						16-20 años	5
						21-30 años	6
						>30 años	7
						No hay datos	8
Lugar de la medida de seguridad determinado por el juez	Lugar de internamiento según la sentencia	Cualitativa nominal	Lugar de internamiento	Lugar de internamiento	Nominal	Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH)	1
						Hospital Hermilio Valdizan (HHV)	2
						Instituto Nacional de Salud Mental (INSM HD-HN)	3
						Otro hospital psiquiátrico o hospital psiquiátrico sin especificación	4
						Área de Salud Mental del INPE	5
						No hay datos	6
Antecedentes delictivos	Actos ilícitos cometidos por el sujeto anteriormente	Cualitativa nominal	Comisión de delito anteriormente	Comisión de delito anteriormente	Cualitativa nominal	Si	1
						No o no hay datos	2

Variables	Dimensión operacional	Tipo	Dimensión	Indicador	Escala de medición	Categoría	Valores de la categoría
Características clínico-psiquiátricas							
Diagnósticos psiquiátricos clínicos, CIE-10**	Trastorno mental que reúne determinados criterios de CIE-10	Cualitativa nominal	Trastorno mental que reúne determinados criterios de CIE-10	Trastorno mental que reúne determinados criterios de CIE-10	Nominal	Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos (F00-F09)	1
						Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19)	2
						Esquizofrenia (F20)	3
						Patología dual (Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas + Esquizofrenia)	4
						Patología dual (Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas + Trastornos de personalidad)	5
						Trastornos esquizoafectivos (F25)	6
						Trastornos específicos de la personalidad (F60)	7
						Retraso mental (F70-F79)	8
						No hay datos	9
Antecedentes psiquiátricos	Trastornos mentales previos	Cualitativa nominal	Trastornos mentales previos	Trastornos mentales previos	Nominal	Si (tratamiento psiquiátrico antes de cometer el delito)	1
						No	2
						No hay datos	3

Nota: *Según el Código Penal peruano vigente (DL N°635 del 1991)

Nota: **Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10^{ma} revisión (CIE-10)

4.3. Categorización (Fase cualitativa):

Tema	Categorías	Subcategorías
Situación socio-médico-legal de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018	Vivencias	<ul style="list-style-type: none"> • Vivencias antes de hospitalización • Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal • Situación familiar • Aspecto personal • Orden y disciplina • Relaciones Interpersonales • Pasatiempo • Relaciones con su salud y situación legal
	Problemática médico-legal	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes psiquiátricos personales • Antecedentes psiquiátricos familiares • Enfermedades físicas • Delito • Particularidades del proceso judicial • Lugar de la medida de seguridad • Conciencia de la enfermedad mental • Percepción de su enfermedad • Percepción de su situación legal • Otros datos importantes
	Circunstancias que inciden la comisión del delito	<ul style="list-style-type: none"> • Circunstancias del delito • Antecedentes delictivos • Conciencia de hechos ilícitos cometidos • Proyección a futuro

5. Hipótesis

La parte cuantitativa es de nivel descriptivo, por lo tanto, no tiene hipótesis.

La hipótesis de la parte cualitativa emergió durante el proceso de investigación y es derivada de los resultados obtenidos:

Los profundos cambios del sistema de la atención en salud mental en el contexto nacional incluyendo, entre otros aspectos, la creación de un mecanismo integral, sólido y sostenible para la atención, peritaje, tratamiento, rehabilitación y resocialización de las personas con trastornos mentales que cometen actos ilícitos; actualización del Código Penal y otra normatividad legal correspondientes; así como la consideración de los aspectos sociales, médicos y legales que inciden en la comisión del delito, permitirá la disminución de la incidencia delictiva, justa y objetiva determinación de la inimputabilidad y el manejo adecuado de este grupo poblacional respetando sus Derechos Humanos fundamentales.

6. Objetivos

6.1. Objetivo General

Construir un modelo teórico que permita contextualizar y comprender la situación socio-médico-legal de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018.

6.2. Objetivos específicos

- Describir las características socio-demográficas, clínico-psiquiátricas y médico-legales de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú, en el período 2014-2018 (etapa cuantitativa).
- Ampliar y profundizar los datos obtenidos mediante la descripción y caracterización de las vivencias de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú durante el periodo 2014-2018 (etapa cualitativa).

- Ampliar y profundizar los datos obtenidos mediante la evaluación de la documentación médica y legal correspondiente (etapa cualitativa).
- Comprender la situación médico-legal de los pacientes judicializados en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa).
- Comprender las circunstancias que inciden la comisión del delito en los pacientes judicializados en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa).
- Proponer cambios en el manejo de los pacientes judicializados en el Perú.

METODOLOGÍA

a. Tipo y Diseño de investigación

El presente estudio se concibió de la siguiente manera:

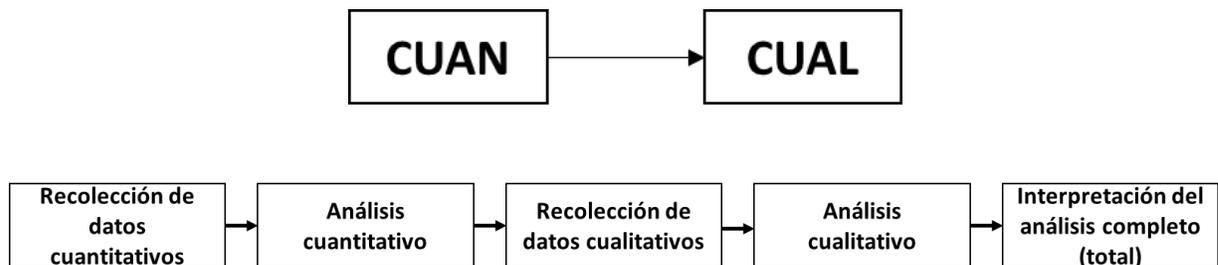
Enfoque: mixto (cuanti-cualitativo)

Nivel (alcance): descriptivo-exploratorio, explicativo

Diseño: no experimental, explicativo secuencial (DEXPLIS)

Tipo: transversal

Esquema del diseño explicativo secuencial (DEXPLIS):



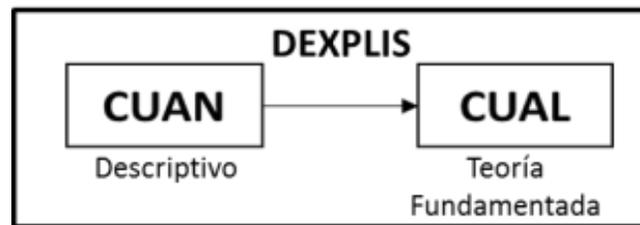
Fuente: Hernández, Fernández y Baptista (2014)

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), “un propósito frecuente de este modelo es utilizar resultados cualitativos para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos. Ha sido muy valioso en situaciones donde aparecen resultados cuantitativos inesperados o confusos” (p. 554). El diseño se inicia por la recolección de datos cuantitativos, su posterior análisis para luego proceder con la recolección de los datos cualitativos y su interpretación. Finalmente, se procede a integrar y analizar los datos obtenidos en su conjunto.

El componente cualitativo en el presente estudio se centró en la indagación de los hechos cuantitativos, buscando su profundización y comprensión. En procedimientos cualitativos el investigador adopta un rol personal en recolección de los sucesos y

acontecimientos, así como en su interpretación generando una descripción exhaustiva y comprensión experiencial de múltiples realidades. El investigador construye el conocimiento, no lo descubre (Balcázar Nava, González-Arratia López-Fuentes, Gurrola Peña y Moysén Chimal, 2013).

En nuestro caso el esquema del diseño explicativo secuencial (DEXPLIS) fue:



Fuente: elaboración propia.

Los estudios descriptivos buscan indagar los niveles de las variables en una población mediante identificación de una o más variables de un grupo de personas, objetos, fenómenos, comunidades, etc., y su descripción (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El concepto de la teoría fundamentada o *Grounded Theory* fue desarrollado en los años sesenta del siglo XX por Glaser y Strauss como diseño cualitativo de investigación en sociología médica. Su principal propósito consiste en generar modelos explicativos sobre determinados fenómenos sociales, cuyos postulados teóricos nacen del análisis sistemático y posterior interpretación los datos obtenidos. Las categorías se generan de manera inductiva en combinación con una comparación constante y simultánea de todos los fenómenos sociales observados. Se generan las primeras hipótesis, los datos iniciales continuamente se refinan y nuevamente se analizan retroalimentando continuamente el proceso de categorización (Arraiz Martínez, 2014; Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

b. Población - Muestra

Muestreo con relación anidada: la muestra de la fase cualitativa (n=17) representa un subconjunto de la población-muestra de la fase cuantitativa (n=131).

1. Fase cuantitativa:

La población y muestra de la fase cuantitativa del estudio se compuso por todos los pacientes judicializados (n=131) identificados como tal en el sistema penitenciario del Perú, según los datos recopilados durante el periodo 2014-2018.

Muestra fue de tipo no probabilístico incluyendo a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

✓ Todo paciente privado de libertad en el sistema penitenciario a nivel nacional que cuenta con la información oficial (copia de sentencia, oficios de juzgados, etc.) que acredite su condición de judicializado (inimputable).

Criterios de exclusión:

✓ Personas cuya condición de judicializado (inimputable) no estuvo confirmada por los documentos oficiales.

2. Fase cualitativa:

La muestra de la fase cualitativa fue representada por 17 casos hasta la saturación de categorías.

Tipo de muestra: no probabilística, diversa (de máxima variación).

c. Técnicas e instrumentos de investigación

Considerando los objetivos del estudio, así como la metodología a utilizar, se optó por la recolección de datos a través de las siguientes técnicas:

1. Fase cuantitativa:

- Análisis documental

2. Fase cualitativa:

- Observación no experimental
- Entrevista en profundidad semiestructurada (historias de vida)
- Análisis documental

Fuentes de datos:

1. Fase cuantitativa:

- Secundaria (documentos médicos y legales: sentencias, oficios judiciales, informes psiquiátricos del Instituto de Medicina Legal, copias de las historias clínicas, hojas de referencia, resoluciones y oficios del Instituto Nacional Penitenciario)

2. Fase cualitativa:

- Primaria (pacientes)
- Secundaria (documentos médicos y legales: sentencias, oficios judiciales, informes psiquiátricos del Instituto de Medicina Legal, copias de las historias clínicas, hojas de referencia, resoluciones y oficios del Instituto Nacional Penitenciario)

Instrumento de recolección de datos:

1. Fase cuantitativa:

- Ficha de recolección de datos 1 de elaboración propia validada por el juicio de expertos (Anexo 2).

2. Fase cualitativa:

- Guía de observación no experimental de elaboración propia validada por el juicio de expertos cuyo formato se construye luego de la inmersión inicial (Anexo 3).

- Guía de entrevista en profundidad semiestructurada de elaboración propia validada por el juicio de expertos (Anexo 4).
- Ficha de recolección de datos 2 de elaboración propia validada por el juicio de expertos (Anexo 5).

Validación de los instrumentos de recolección de datos:

1. Fase cuantitativa:

- La validación por expertos de la Ficha de recolección de datos 1 se presenta en el Anexo 6.

2. Fase cualitativa:

En general, el proceso de validación de contenido implica la definición del universo de indicadores y sus respectivos ítems representativos, la identificación de jueces competentes dentro del área que el test pretende medir; y el juicio por parte de estos expertos respecto a la relevancia y representatividad de cada ítems empleado para medir el constructo o los constructos implicados en el test que se está construyendo. Este procedimiento es denominado criterio de jueces (Cerdá, 1984; Ecurra, 1988; Aiken 1996). Ecurra (1988), indica que la modalidad más común para obtener la validez de contenido mediante el criterio de jueces es solicitar la aprobación o desaprobación de un ítem de la prueba por parte de varios jueces, cuyo número varía según los propósitos del autor del instrumento. Además señala que los resultados pueden ser cuantificados y así evaluar su significación estadística mediante el cálculo de un índice de concordancia entre jueces conocido como coeficiente de validez V de Aiken, cuya fórmula se presenta a continuación:

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

En dicha ecuación tenemos que:

S: sumatoria de si

si: valor asignado por el juez i

n: número de jueces

c: número de valores en la escala de valoración

El coeficiente de Validez V de Aiken puede obtener valores entre 0 y 1. A medida que sea más elevado, el ítem tendrá mayor validez de contenido.

Para que el **ítem sea aceptado o válido** debe alcanzar un **coeficiente “V” igual o superior a 0.81**.

- La validación por expertos de la Guía de observación no experimental se presenta en el Anexo 7.
- La validación por expertos de la Guía de entrevista en profundidad semiestructurada se presenta en el Anexo 8.
- La validación por expertos de la Ficha de recolección de datos 2 se presenta en el Anexo 9.

Procesamiento y análisis de la información

- Estadística descriptiva para datos cuantitativos;
- Codificación y análisis temático para datos cualitativos;
- Análisis combinado.

Se calcularon los promedios y desviación estándar (DE) de las variables continuas y frecuencias de las variables nominales (análisis cuantitativo); se desarrollaron las

tipologías (un conjunto de categorías sustantivas), que luego fueron usadas para el análisis de contraste de datos (análisis cualitativo). Metainferencias de ambos análisis constituyó el producto de la investigación.

Aspectos éticos

La recolección de datos se realizó guardando la completa confidencialidad de los mismos, en caso de las fuentes primarias, la participación de los pacientes fue estrictamente voluntaria, luego de explicación clara y completa de los objetivos del estudio, los derechos del participante y la firma del Consentimiento Informado. Previo al ingresar al estudio, a los participantes se les explicaron los objetivos y procedimientos del mismo, logrando su explícita y voluntaria aceptación mediante la firma del consentimiento informado. Además, se trató de considerar el lenguaje utilizado en las entrevistas de acuerdo a la condición sociocultural y grado de deterioro cognitivo del paciente entrevistado. Todos los procedimientos del estudio se llevaron a cabo asegurando la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para fines científicos (Anexo 10).

RESULTADOS

a. Resultados cuantitativos

Datos generales

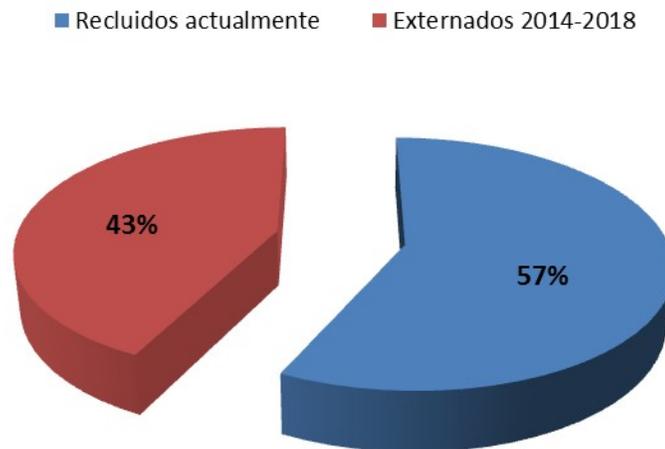


Figura 1. Condición de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) al respecto de la reclusión (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Como podemos observar, la mayor cantidad de las personas judicializadas (57.3%, n=75) en el periodo de estudio se encontraban recluidos en diferentes Establecimientos Penitenciarios del Perú, mientras que el 42.7% (n=56) dejaron el sistema penitenciario en el mismo período.

Tabla 1. Lugar de reclusión de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) (n=131), período 2014-2018.

Establecimiento Penitenciario (EP)	n	%
Abancay	1	0.76%
Ancón II	2	1.53%
Andahuaylas	2	1.53%
Anexo Mujeres Chorrillos	1	0.76%
Arequipa	7	5.34%
Ayacucho	2	1.53%
Cajamarca	1	0.76%
Callao	3	2.29%
Cañete	5	3.82%
Chachapoyas	1	0.76%
Chiclayo	1	0.76%
Chimbote	1	0.76%
Chincha	1	0.76%
Cusco Varones	7	5.34%
Huacho	1	0.76%
Huancavelica	2	1.53%
Huancayo	2	1.53%
Huánuco	4	3.05%
Huaral	3	2.29%
Huaraz	2	1.53%
Ica	5	3.82%
Jaén	1	0.76%
Lurigancho	53	40.46%
Miguel Castro Castro	5	3.82%
Moyobamba	1	0.76%
Mujeres Chorrillos	4	3.05%
Pampas de Sananguillo	1	0.76%
Piura	4	3.05%
Puno	2	1.53%
Satipo	1	0.76%
Trujillo Varones	4	3.05%
Tumbes	1	0.76%
TOTAL	131	100.00%

Fuente: elaboración propia

El Establecimiento Penitenciario con mayor cantidad de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el 2014-2018 fue el EP Lurigancho (n=53; 40%), seguido por el EP Arequipa y el EP Cusco Varones (n=7; 5%) cada uno.

Características socio-demográficas

Tabla 2. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable sexo (n=131), período 2014-2018.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Varón	123	93,9	93,9	93,9
Mujer	8	6,1	6,1	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

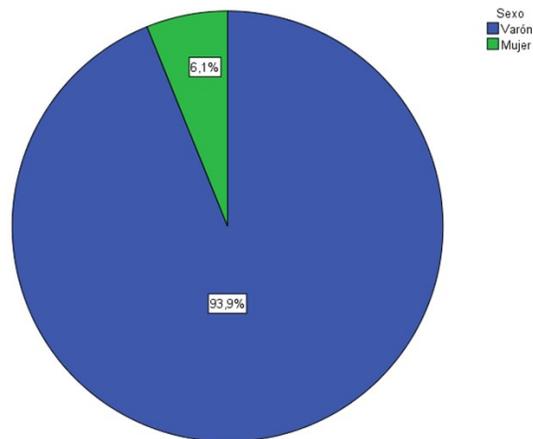


Figura 2. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable sexo (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

La gran mayoría (93.9%, n=123) de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) fueron varones.

Tabla 3. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable edad (n=131), período 2014-2018.

Edad, años	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent				
<= 30	32	24,4	24,4	24,4	Valid	N	Válido	115
31 - 40	43	32,8	32,8	57,3		No hay datos	16	
41 - 49	26	19,8	19,8	77,1		Media	36,83	
50 - 59	9	6,9	6,9	84,0		Asimetría	,978	
60 - 69	4	3,1	3,1	87,0		Error estándar de asimetría	,226	
70 - 78	1	,8	,8	87,8		Rango	49	
No hay datos	16	12,2	12,2	100,0		Mínimo	22	
Total	131	100,0	100,0			Máximo	71	
						Percentiles	25	30,00
							50	35,00
						75	43,00	

Fuente: elaboración propia

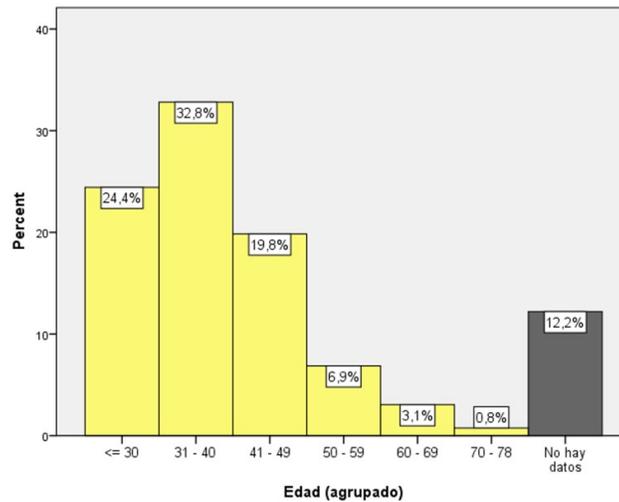


Figura 3. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable edad (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

La edad promedio de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) fue de 36.8 años, siendo entre 31 y 40 años la edad más frecuente. El 75% tenían hasta los 43 años de edad.

Tabla 4. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable procedencia (n=131), período 2014-2018.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Lima Metropolitana y el Callao	55	42,0	42,0	42,0
Costa, excepto Lima y Callao	13	9,9	9,9	51,9
Sierra	35	26,7	26,7	78,6
Selva	5	3,8	3,8	82,4
Extranjero	1	,8	,8	83,2
No hay datos	22	16,8	16,8	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

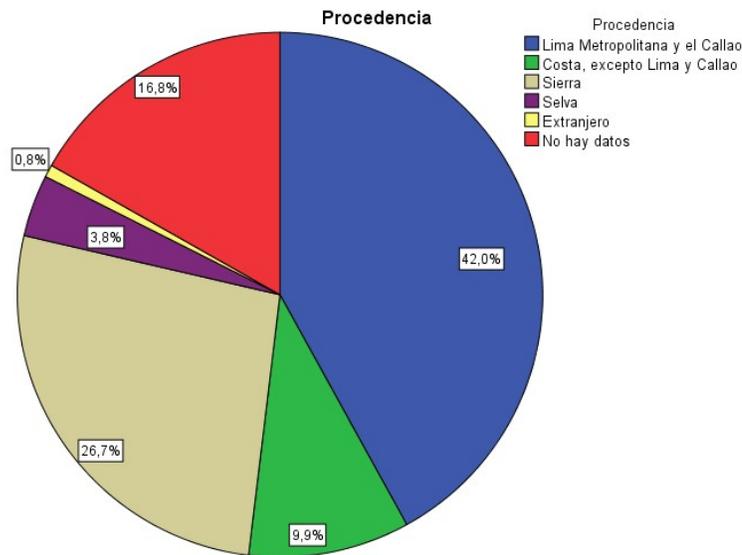


Figura 4. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable procedencia (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

La mayoría de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) procedían de Lima Metropolitana y Callao (42.0%, n=55), seguido de la Sierra con el 26.7% (n=35). Asimismo, más de la mitad de los sujetos fueron de la costa peruana (51.9%, n=68). Un sujeto inimputable fue extranjero.

Tabla 5. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable grado de instrucción (n=131), período 2014-2018.

Grado de instrucción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeto	6	4,6	4,6	4,6
	Primaria (diferentes años concluidos)	14	10,7	10,7	15,3
	Secundaria (diferentes años concluidos)	74	56,5	56,5	71,8
	Superior (concluida o sin concluir)	13	9,9	9,9	81,7
	No hay datos	24	18,3	18,3	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

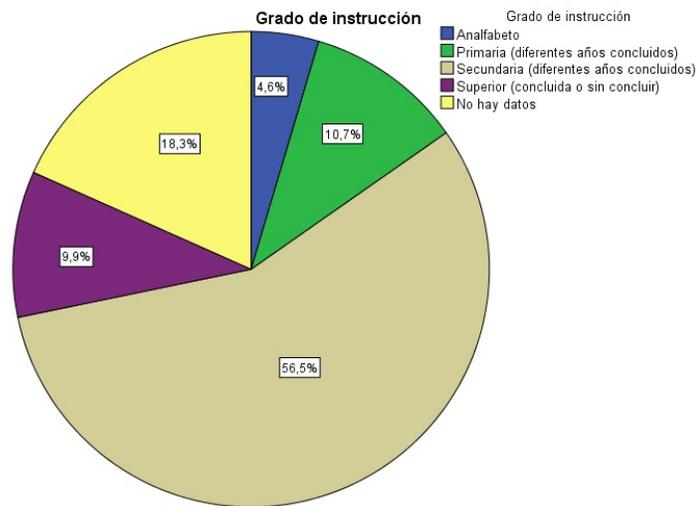


Figura 5. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable grado de instrucción (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

La mayoría (56.5%, n=74) de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) terminaron diferentes años de los estudios secundarios, seguido de los estudios primarios (10.7%, n=14). El 10% (n=13) de los sujetos tenían los estudios superiores concluidos o sin concluir. No se contó con los datos para casi la quinta parte (18.3%, n=24) de las personas estudiadas.

Tabla 6. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable ocupación fuera del establecimiento penitenciario (n=131), período 2014-2018.

Ocupación fuera del establecimiento penitenciario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Desempleado o eventual	32	24,4	24,4	24,4
Sin preparación especial (agricultor, obrero, mecánico, chofer, vendedor, seguridad, pescador, cobrador, ayudante, etc.)	24	18,3	18,3	42,7
Técnico	3	2,3	2,3	45,0
Otro (PNP, EP, comerciante, estudiante)	2	1,5	1,5	46,6
No hay datos	70	53,4	53,4	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

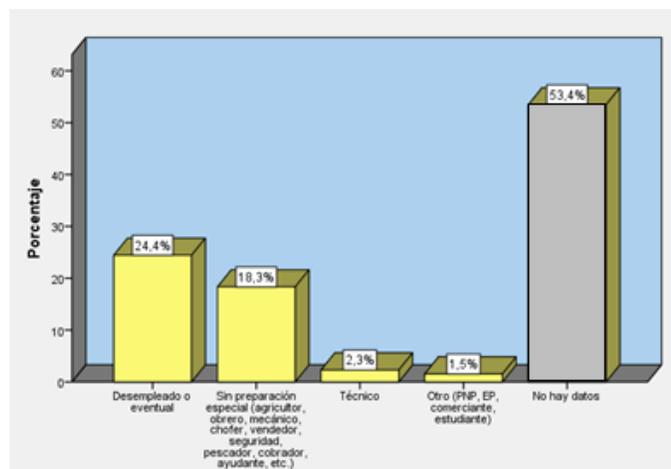


Figura 6. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable ocupación fuera del establecimiento penitenciario (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

En la mayoría de los casos estudiados (53.4%, n=70) no contamos con los datos certeros sobre la ocupación de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) antes de ingresar al sistema penitenciario del Perú. Casi la totalidad de los datos disponibles lo constituye el desempleo o la ocupación eventual (24.4%, n=32) y los trabajos sin preparación especial (agricultor, obrero, mecánico, chofer, vendedor, agente de seguridad, pescador, cobrador, ayudante, etc.) con el 18.3% (n=24).

Tabla 7. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable estado civil (n=131), período 2014-2018.

Estado Civil		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero(a)	102	77,9	77,9	77,9
	Casado(a)	7	5,3	5,3	83,2
	Conviviente	2	1,5	1,5	84,7
	No hay datos	20	15,3	15,3	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

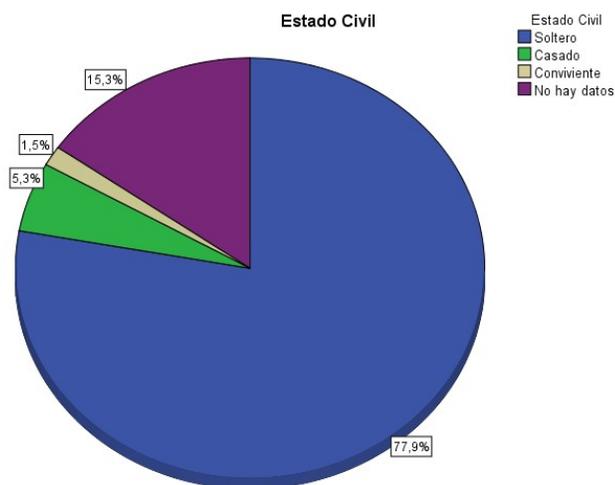


Figura 7. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable estado civil (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

La mayoría (77.9%, n=102) de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) fueron soltero(a)s.

Tabla 8. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable número de hijos (n=131), período 2014-2018.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	40	30,5	30,5	30,5
1	8	6,1	6,1	36,6
2	4	3,1	3,1	39,7
3	2	1,5	1,5	41,2
4	1	,8	,8	42,0
6	1	,8	,8	42,7
7	1	,8	,8	43,5
No hay datos	74	56,5	56,5	100,0
Total	131	100,0	100,0	

N	Válido	57
	No hay datos	74
Media		,68
Asimetría		2,844
Error estándar de asimetría		,316
Rango		7
Mínimo		0
Máximo		7
Percentiles	25	,00
	50	,00
	75	1,00

Fuente: elaboración propia

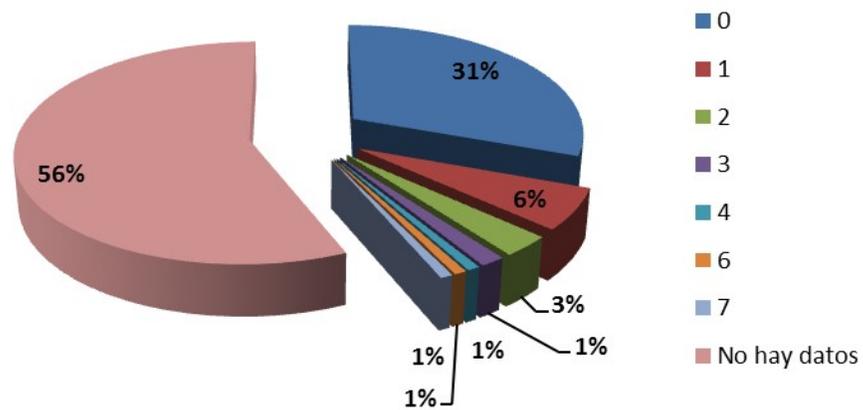


Figura 8. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable número de hijos (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los registros considerados (56.5%, n=74) no proporcionan los datos sobre el número de hijos de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) del sistema penitenciario del Perú (2014-2018). En caso de los datos disponibles (n=57), la mayoría (n=40) no tienen hijos.

Tabla 9. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable soporte familiar (n=131), período 2014-2018.

Soporte familiar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausente	13	9,9	9,9	9,9
	Deficiente	4	3,1	3,1	13,0
	Regular	23	17,6	17,6	30,5
	Bueno	9	6,9	6,9	37,4
	No hay datos	82	62,6	62,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

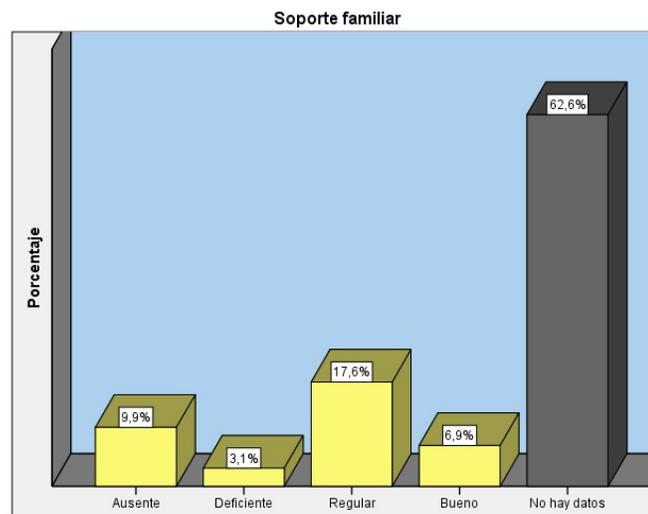


Figura 9. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por variable soporte familiar (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Para la gran mayoría (62.6%, n=82) de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) no hay datos válidos sobre el soporte familiar. Entre los datos disponibles se destaca un soporte familiar regular con 17.6% (n=23).

Características médico-legales

Tabla 10. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por delito cometido* (n=131), período 2014-2018.

Delito cometido		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Homicidio simple (Título I, Cap. I, Art. 106°)	6	4,6	4,6
	Parricidio (Título I, Cap. I, Art. 107°)	14	10,7	15,3
	Homicidio calificado, incluyendo feminicidio (Título I, Cap. I, Art. 108°)	18	13,7	29,0
	Lesiones graves (Título I, Cap. III, Art. 121°)	8	6,1	35,1
	Secuestro (Título IV, Cap. I, Art. 152°)	4	3,1	38,2
	Violación Sexual (Título IV, Cap. IX, Art. 170°)	10	7,6	45,8
	Violación Sexual de menor de edad (Título IV, Cap. IX, Art. 173°)	26	19,8	65,6
	Actos contra el Pudor en menores (Título IV, Cap. IX, Art. 176°-A)	9	6,9	72,5
	Robo Agravado (Título V, Cap. II, Art. 189°)	21	16,0	88,5
	Estafa (Título V, Cap. V, Art. 196°)	1	,8	89,3
	Tráfico Ilícito de Drogas (Título XII, Cap. III, Sec. II)	5	3,8	93,1
	Otro	2	1,5	94,7
	No hay datos	7	5,3	100,0
	Total	131	100,0	

Fuente: elaboración propia

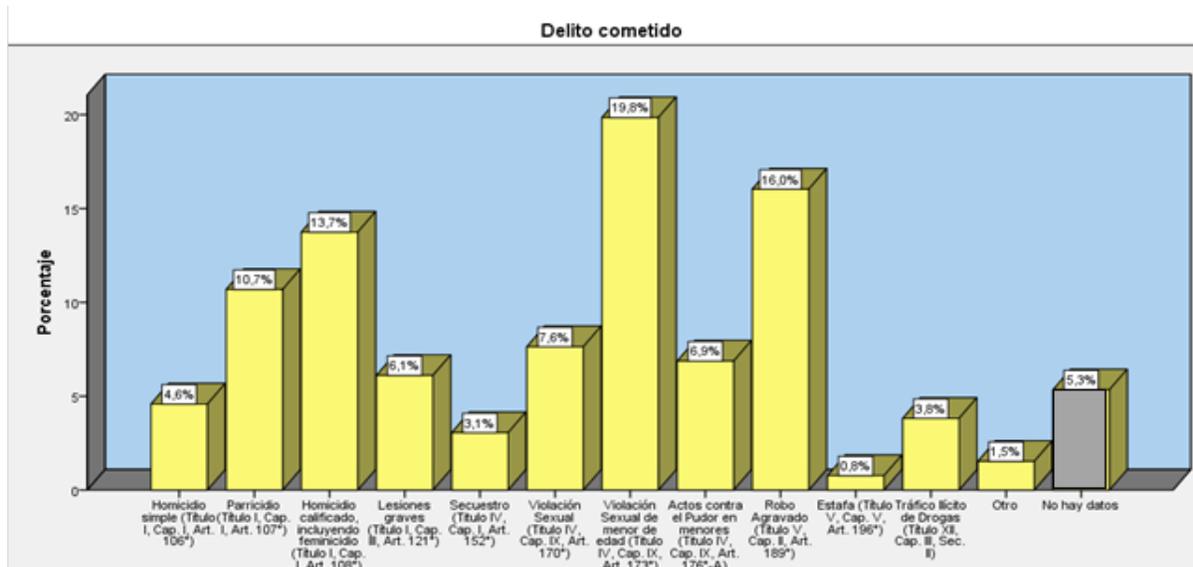


Figura 10. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por delito cometido* (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Nota: *Según el Código Penal peruano vigente (DL N°635 del 1991)

Tabla 11. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por delito cometido* agrupado (n=131), período 2014-2018.

Delito cometido	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Delitos contra el cuerpo, vida y salud (Título I, Cap. I y III)	46	35,1	35,1	35,1
Delitos contra la Libertad Sexual (Título IV, Cap. IX)	45	34,4	34,4	69,5
Secuestro (Título IV, Cap. I, Art. 152°)	4	3,1	3,1	72,5
Robo Agravado (Título V, Cap. II, Art. 189°)	21	16,0	16,0	88,5
Estafa (Título V, Cap. V, Art. 196°)	1	,8	,8	89,3
Tráfico Ilícito de Drogas (Título XII, Cap. III, Sec. II)	5	3,8	3,8	93,1
Otro	2	1,5	1,5	94,7
No hay datos	7	5,3	5,3	100,0
TOTAL	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

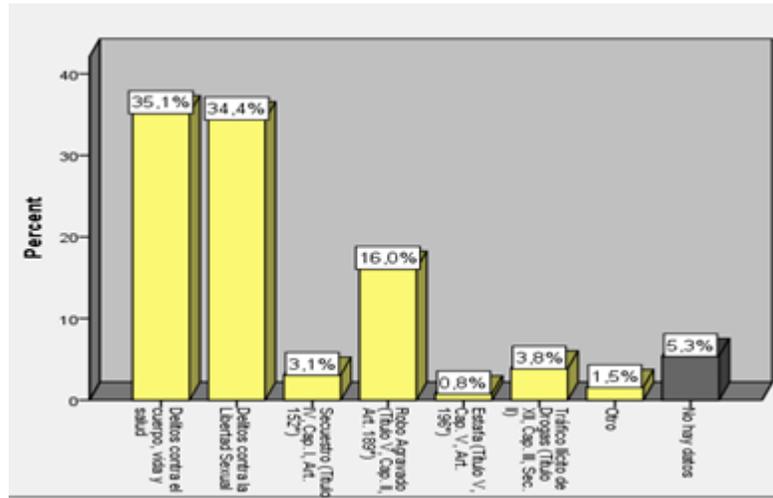


Figura 11. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por delito cometido* agrupado (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Nota: *Según el Código Penal peruano vigente (DL N°635 del 1991)

El delito más frecuente cometido por las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) fue la Violación Sexual de menor de edad (Título IV, Cap. IX, Art. 173°) con el 19.8% (n=26), seguido de Robo Agravado (Título V, Cap. II, Art. 189°) con el 16.0% (n=21); el Homicidio calificado, incluyendo feminicidio (Título I, Cap. I, Art. 108°) con el 13.7% (n=18) y el Parricidio (Título I, Cap. I, Art. 107°) con el 10.7% (n=14).

Sin embargo, agrupando los delitos por Títulos y Capítulos del Código Penal peruano vigente (DL N°635 del 1991) podemos observar la clara predominancia de los delitos graves, como los Delitos contra el cuerpo, vida y salud (Título I, Cap. I y III) con el 35.1% (n=46) y Delitos contra la Libertad Sexual (Título IV, Cap. IX) con el 34.4% (n=45).

Tabla 12. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por su situación jurídica (n=131), período 2014-2018.

Situación jurídica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Procesado con medida de internamiento	9	6,9	6,9	6,9
Sentenciado como inimputable	122	93,1	93,1	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

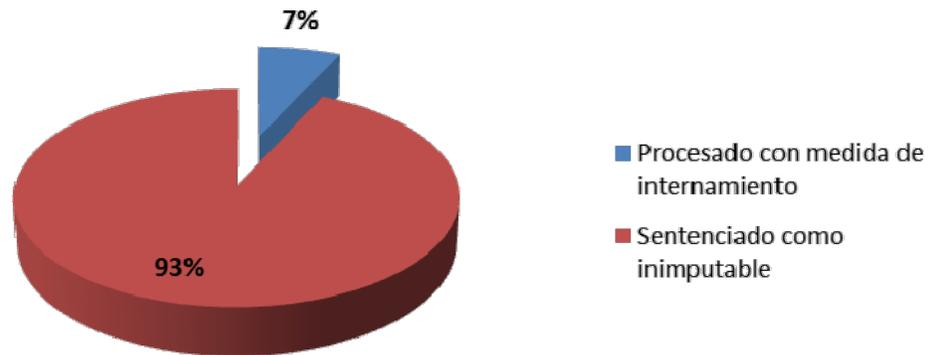


Figura 12. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por su situación jurídica (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

El 93.1% (n=122) de las personas judicializadas en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) tenían una sentencia declarándolos como inimputables por causa de la salud mental y exentos de la responsabilidad penal y ordenándoles la medida de internación en un nosocomio especializado. El 6.9% (n=9) fueron derivados por orden judicial para su atención psiquiátrica aún en la fase de juicio.

Tabla 13. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por duración de la medida de seguridad (n=131), período 2014-2018.

Duración de la medida de seguridad (agrupado)		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= 5	22	16,8	16,8	16,8
	6 - 10	33	25,2	25,2	42,0
	11 - 15	13	9,9	9,9	51,9
	16 - 20	14	10,7	10,7	62,6
	21 - 25	3	2,3	2,3	64,9
	26 - 30	2	1,5	1,5	66,4
	31 - 35	1	,8	,8	67,2
	No aplica (procesados)	9	6,9	6,9	74,0
	No hay datos	34	26,0	26,0	100,0
	Total	131	100,0	100,0	
N	Válido	88			
	No aplica (procesados)	9			
	No hay datos	34			
Media		11,10			
Asimetría		1,102			
Error estándar de asimetría		,257			
Rango		33			
Mínimo		2			
Máximo		35			
Percentiles	25	5,25			
	50	8,00			
	75	15,00			

Fuente: elaboración propia

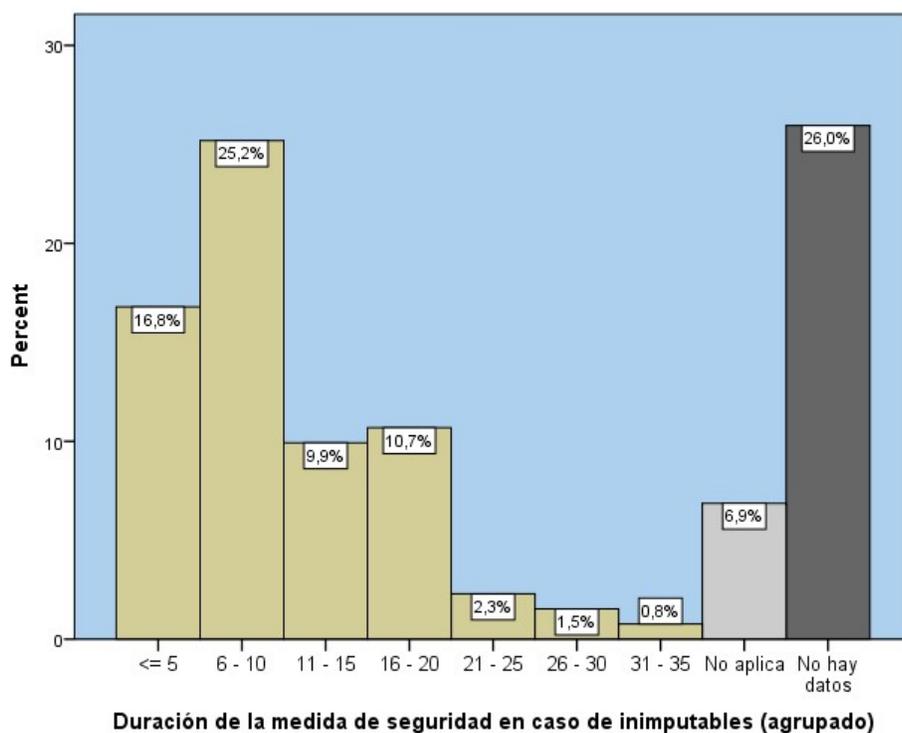


Figura 13. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por duración de la medida de seguridad (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Tabla 14. Distribución de las personas inimputables por duración de la medida de seguridad, según los datos disponibles (n=88), período 2014-2018.

Duración de la medida de seguridad	Frequency	Percent
<= 5	22	25.0%
6 - 10	33	37.5%
11 - 15	13	14.8%
Valid 16 - 20	14	15.9%
21 - 25	3	3.4%
26 - 30	2	2.3%
31 - 35	1	1.1%
Total	88	100.0%

Fuente: elaboración propia

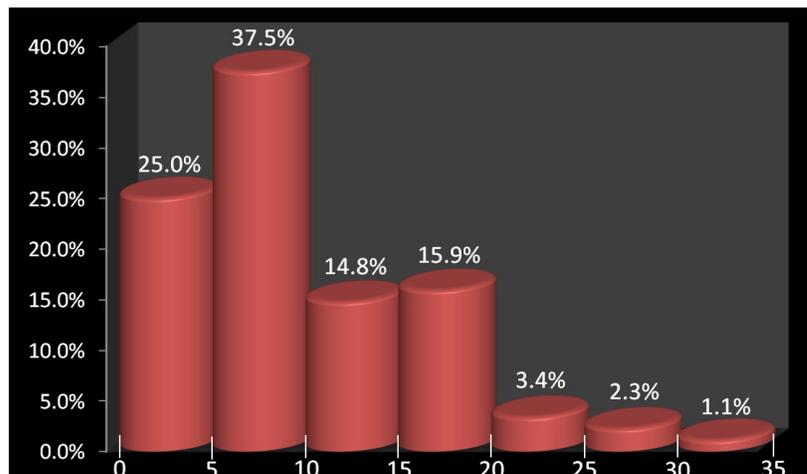


Figura 14. Distribución de las personas inimputables por duración de la medida de seguridad, según los datos disponibles (n=88), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Como sigue de los cuadros anteriores, la duración de la medida de seguridad impuesta judicialmente a las personas inimputables que se encontraban en el sistema penitenciario del Perú en el periodo 2014-2018 varía entre 2 hasta los 35 años, con la media de 11.1 años.

En el 37.5% (n=33) de los casos disponibles (n=88), la medida de seguridad fue entre 6 y 10 años, seguido por la duración entre 2 y 5 años (25.0%, n=22). Asimismo, el 75.0% (n=66) de los inimputables tenían la duración de la medida de seguridad de internamiento mayor a 5 años.

En caso de los procesados (n=9; 6.9%), no se aplica la medida de seguridad, sino el internamiento por orden judicial hasta que termine el juicio respectivo. Asimismo, en el 26.0% (n=34) de los registros no figuraba la duración de la medida de seguridad impuesta.

Tabla 15. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por el lugar de la medida de seguridad determinado por el juez (n=131), período 2014-2018.

Lugar de la medida de seguridad determinado por el juez	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH)	22	16,8	16,8	16,8
Hospital Hermilio Valdizan (HHV)	17	13,0	13,0	29,8
Instituto Nacional de Salud Mental (INSM HD-HN)	5	3,8	3,8	33,6
Otro hospital psiquiátrico o hospital psiquiátrico sin especificación	7	5,3	5,3	38,9
Área de Salud Mental del INPE	22	16,8	16,8	55,7
No hay datos	58	44,3	44,3	100,0
Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

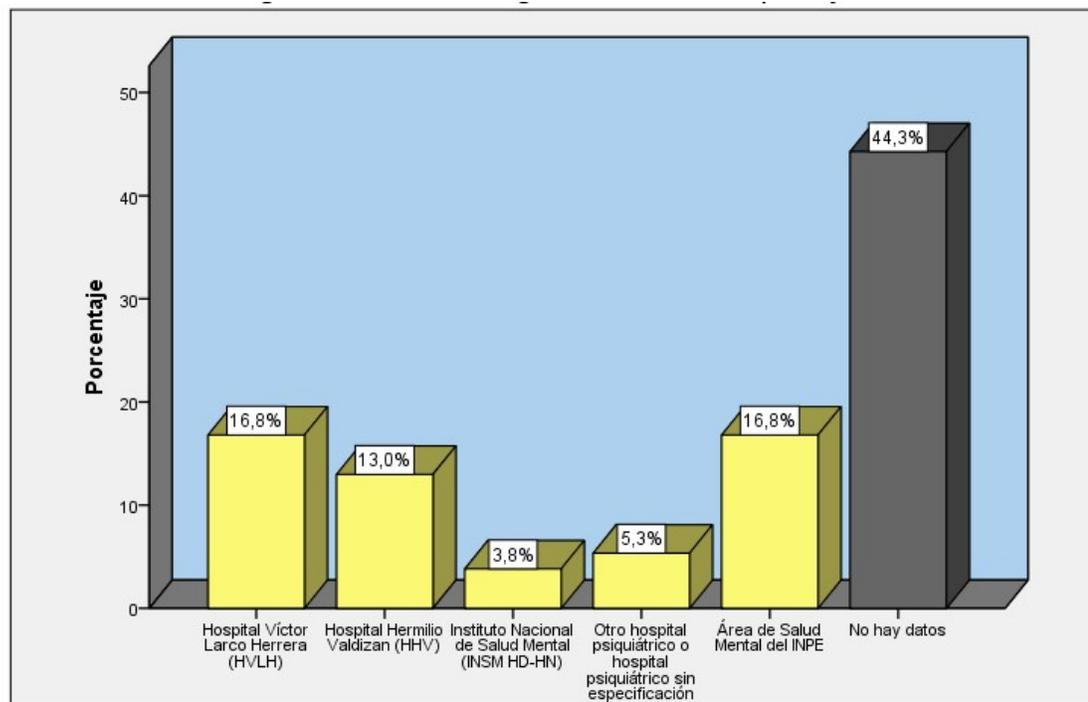


Figura 15. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por el lugar de la medida de seguridad determinado por el juez (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Tabla 16. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por el lugar de la medida de seguridad determinado por el juez, según los datos disponibles (n=73), período 2014-2018.

Lugar de la medida de seguridad determinado por el juez		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH)	22	30.1%
	Hospital Hermilio Valdizan (HHV)	17	23.3%
	Instituto Nacional de Salud Mental (INSM HD-HN)	5	6.8%
	Otro hospital psiquiátrico o hospital psiquiátrico sin especificación	7	9.6%
	Área de Salud Mental del INPE	22	30.1%
	Total	73	100.0%

Fuente: elaboración propia

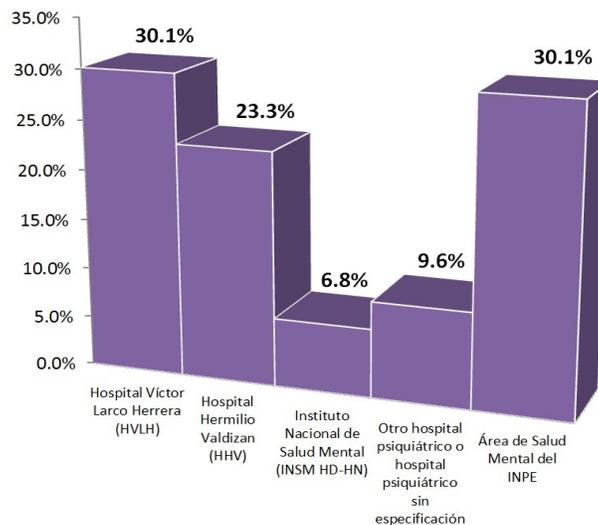


Figura 16. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por el lugar de la medida de seguridad determinado por el juez, según los datos disponibles (n=73), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Debido a lo que en el 44.3% (n=58) de los casos de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú, período 2014-2018, no se disponía de la información sobre el lugar de la medida de seguridad determinado por el juez, se procedió con la agrupación de los datos disponibles (n=73), determinando que el Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH) y el Área de la Salud Mental del INPE

compartieron el primer lugar con el 30.1% (n=22) cada uno, seguido del Hospital Hermilio Valdizan (HHV) con el 23.3% (n=17).

Tabla 17. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por antecedentes delictivos (n=131), período 2014-2018.

Antecedentes delictivos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	15	11,5	11,5	11,5
	No	9	6,9	6,9	18,3
	No hay datos	107	81,7	81,7	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

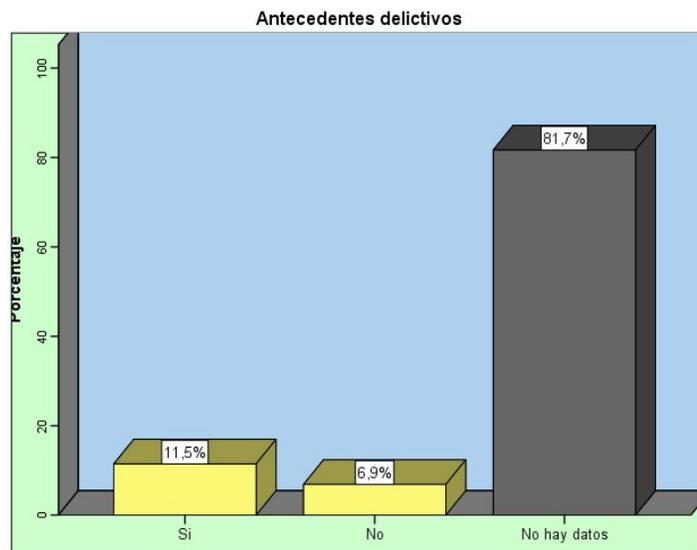


Figura 17. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por antecedentes delictivos (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

En la mayoría de los casos (81.7%, n=107) de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) no hubo datos confiables sobre antecedentes delictivos previos.

Características clínico-psiquiátricas

Tabla 18. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por diagnóstico psiquiátrico (n=131), período 2014-2018.**

Diagnóstico psiquiátrico		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos (F00-F09)	9	6,9	6,9	6,9
	Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19) incl. con trastornos de personalidad	13	9,9	9,9	16,8
	Esquizofrenia (F20)	63	48,1	48,1	64,9
	Patología dual (Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas + Esquizofrenia)	11	8,4	8,4	73,3
	Trastornos esquizoafectivos (F25)	1	,8	,8	74,0
	Trastornos específicos de la personalidad (F60)	3	2,3	2,3	76,3
	Retraso mental (F70-F79)	5	3,8	3,8	80,2
	No hay datos	26	19,8	19,8	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

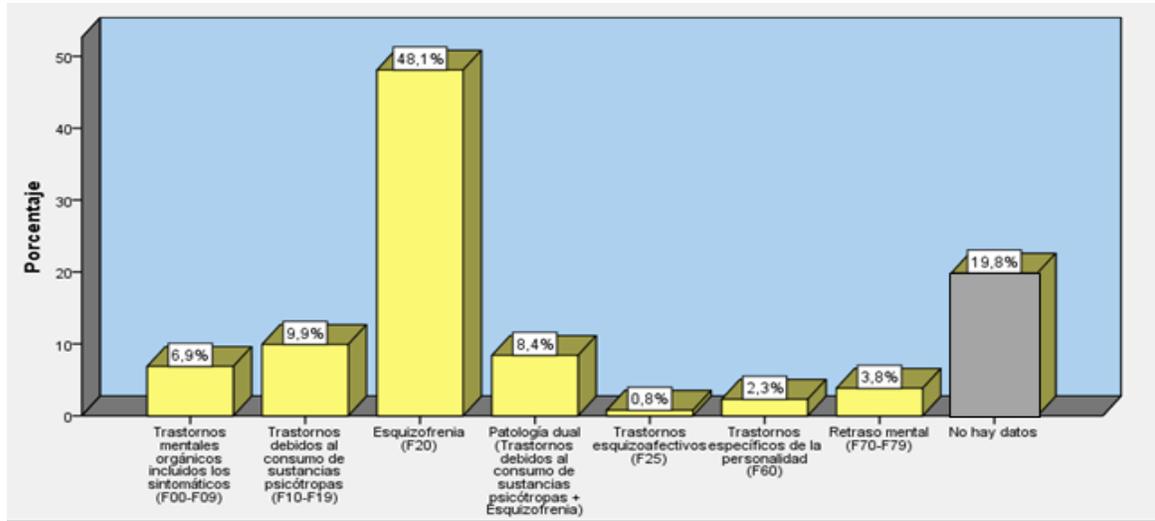


Figura 18. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por diagnóstico psiquiátrico (n=131), período 2014-2018.**

Fuente: elaboración propia

Nota: **Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10^{ma} revisión (CIE-10)

Tabla 19. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por diagnóstico psiquiátrico agrupado (n=131), período 2014-2018.**

Diagnóstico psiquiátrico	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos (F00-F09)	9	6,9	6,9	6,9
Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19) incl. con trastornos de personalidad	13	9,9	9,9	16,8
Espectro de esquizofrenia	75	57,3	57,3	74,0
Trastornos específicos de la personalidad (F60)	3	2,3	2,3	76,3
Retraso mental (F70-F79)	5	3,8	3,8	80,2
No hay datos	26	19,8	19,8	100,0
TOTAL	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

Nota: **Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10^{ma} revisión (CIE-10)

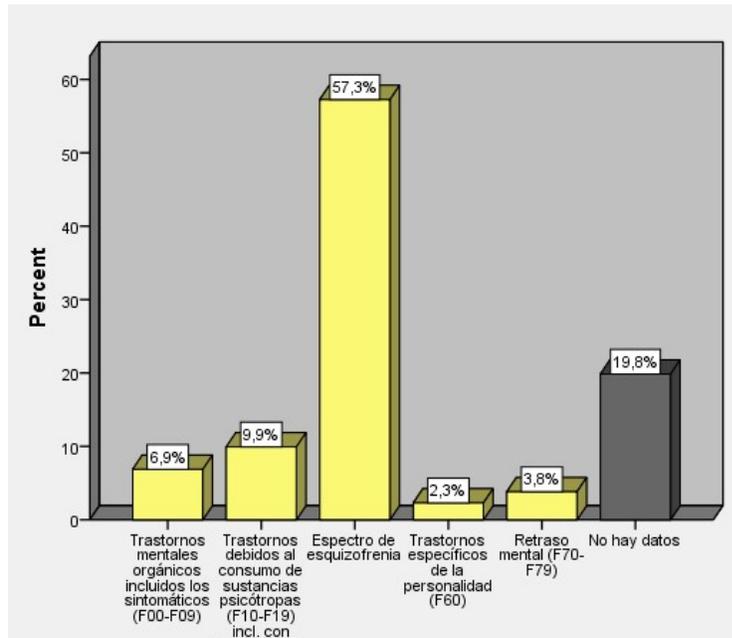


Figura 19. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por diagnóstico psiquiátrico agrupado (n=131), período 2014-2018.**

Fuente: elaboración propia

Nota: **Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10^{ma} revisión (CIE-10)

Tabla 20. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por diagnóstico psiquiátrico agrupado, según los datos disponibles (n=105), período 2014-2018.**

Diagnóstico psiquiátrico	Frequency	Percent
Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos (F00-F09)	9	8,6
Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19) incl. con trastornos de personalidad	13	12,4
Espectro de esquizofrenia	75	71,4
Trastornos específicos de la personalidad (F60)	3	2,9
Retraso mental (F70-F79)	5	4,8
TOTAL	105	100,0

Fuente: elaboración propia

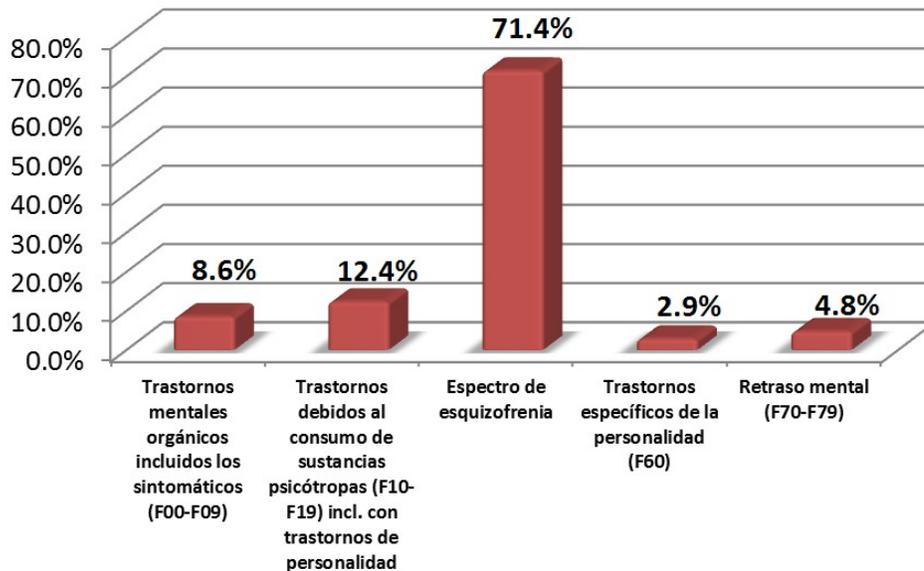


Figura 20. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por diagnóstico psiquiátrico agrupado, según los datos disponibles (n=105), período 2014-2018.**

Fuente: elaboración propia

Nota: **Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10^{ma} revisión (CIE-10)

A pesar de la ausencia de información sobre el diagnóstico psiquiátrico de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) en el 19.8% (n=26) de los casos, en los datos disponibles se observa una clara predominancia de esquizofrenia (F20) con el 48.1% (n=63), seguido por los trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19) incl. con trastornos de personalidad (9.9%; n=13); patología dual (Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas + Esquizofrenia) con el 8.4% (n=11) y trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos (F00-F09) con el 6.9% (n=9).

Al agrupar diferentes nosologías del espectro esquizofrénico, como la esquizofrenia (F20), trastornos esquizoafectivos (F25) y la patología dual (trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas + esquizofrenia), el porcentaje se eleva al 57.3%

(n=75) en la muestra total o al 71.4% (n=75) en caso de los datos disponibles, quedando en el segundo lugar los trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19) incl. con trastornos de personalidad (12.4%; n=13).

Tabla 21. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por antecedentes psiquiátricos (n=131), período 2014-2018.

Antecedentes psiquiátricos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si (tratamiento psiquiátrico antes de cometer el delito)	45	34,4	34,4	34,4
	No	6	4,6	4,6	38,9
	No hay datos	80	61,1	61,1	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Fuente: elaboración propia

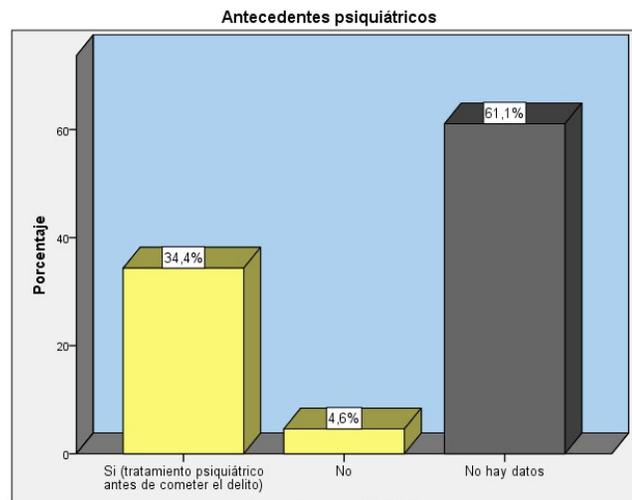


Figura 21. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) por antecedentes psiquiátricos (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

Las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) recibían el tratamiento psiquiátrico antes de cometer el delito en los 45 casos (34.4%) versus los 6 casos (4.6%) que no lo recibían. En el 61.1% (n=80) no hubo datos respectivos.

Otros datos

Tabla 22. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) según el documento de identidad (n=131), período 2014-2018.

Documento de identidad		Frecuencia	Porcentaje
Válido	DNI o ficha Reniec	114	87,0
	Pasaporte	1	0,8
	Indocumentado	10	7,6
	No hay datos	6	4,6
	Total	131	100,0

Fuente: elaboración propia

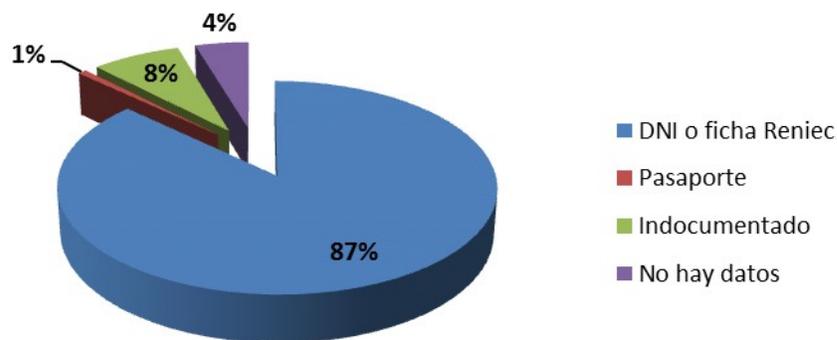


Figura 22. Distribución de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) según el documento de identidad (n=131), período 2014-2018.

Fuente: elaboración propia

La mayoría (87.0%; n=114) de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el sistema penitenciario del Perú (2014-2018) tenían DNI o ficha de registro en el RENIEC, existiendo el 7.6% (n=10) indocumentados.

b. Resultados cualitativos

Tabla 23. CASO 1. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): **VACH-37**

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	VACH-37-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm			
Diagnóstico psiquiátrico:		F20.0 Esquizofrenia paranoide				
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados			X		
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación			X		
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio				X	
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros			X		
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores				X	
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros			X		
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas				X	
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura		X			
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio			X		
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental		X			
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física			X		
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal		X			
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 24. CASO 1. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 01/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): VACH-37

Edad: 28 años

Grado de Instrucción: Primaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mi padre vivía en la calle, es loco del Larco Herrera...mi madre es ama de casa, tengo cinco hermanas y yo el último”, “viven en Nuevo Chimbote, son amas de casa”, “me relaciono bien con ellas”</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí, vienen a visitarme, me traen fruta, bizcocho, plátano”</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“no tengo”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“mi vida ha tenido éxito”, “ahora estoy preso, esto me preocupa un poco”</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“en la calle estaba satisfecho con mi vida, todo era feliz en la calle, tenía trabajo, tenía comunicación con mi familia”, “ahora claro que no, estoy preso”, “extraño hartito a mi familia”</i>	Vínculos familiares positivos
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“fue hace dos años para la Navidad, me hicieron una sorpresa en mi casa, no lo voy a olvidar nunca, todos estaban ahí, mi familia, mis hermanos”</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“las policías que me agarraron, me pegaron” “en el penal de Chimbote estaba mal...Me decían “loco come caca” y yo tenía que meter el dedo a la caca, después me decían “loco baila calato” y tocaban rock y tenía que hacerlo...”</i>	Maltrato, humillaciones y abusos de los pacientes inimputables en los pabellones de los establecimientos penitenciarios
	8. ¿Cómo puede caracterizar su	<i>“estoy mal porque extraño a mi familia, la comida es buena, me tratan bien,</i>	

Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>estoy bien, tranquilo</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“mi libertad me falta”</i>	
	10.¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“me llevo bien con todos, no me porto mal, me tratan bien”</i>	
	11.¿Qué actividades realiza?	<i>“a veces pinto, camino, leo periódicos”</i>	
	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“los cumpleaños mensuales que se hacen para todos”</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“un muchacho me molestó”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>“por esquizofrenia”</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“tengo esquizofrenia nada más, después estoy todo bien”, “dicen que tengo alteraciones porque me habla mi amigo Simón en la cabeza...me he querido matar varias veces...me dan pastillas”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“tengo esquizofrenia desde chibolo, no tomaba importancia”, “fui hiperactivo... me he intentado matarme ahorcándome a los 18-19 años...tenía miopía y se volteaban los ojos”, “no he hacía tratar, pensé que iba a pasar”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“mándeme al Larco Herrera, porque ahí está mi papá...padre vive en la calle, está loco”, “mi tío también tiene esquizofrenia”</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“llegue solo a cuarto de primaria y aprendía a leer recién a los 15 años...me escapé de la casa a los 15 años...en los trabajos duraba muy poco, todos me decían que no podía, que me dedicara a otra cosa...”, “esquizofrenia no me perjudicó en nada”</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“ya no tengo nada, estoy sano, ya me curé gracias a las pastillas”</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por robo”, “estoy sentenciado”</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“sí, mi amigo me dijo en la mente que debo tener el celular para comunicarme con mi familia, lo quité a la chica”, “mi amigo me llevó con engaños”</i>	Vulnerabilidad de los pacientes para ser utilizados en los actos delictivos

Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“me han metido preso por un celular...solo por un celular”, “estaba en un mototaxi, bajé, me acerqué a la chica y le quité el celular, luego me subí a la moto”</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“nadie”</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“voy a la iglesia para estar tranquilo, voy a trabajar, de repente tenga mi pareja”</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“ya no, ya aprendí la lección”, “voy a estar vigilado por mi hermanas mayores”</i>	Importancia de la supervisión para prevención del delito
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“no”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 25. CASO 1. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : VACH-37
Expediente legal N° : 02342-2016-19-2501-JR-PE-01
Materia : Robo Agravado-Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
Fuentes de información : Sentencia, Oficio judicial, Informe psiquiátrico del Instituto de Medicina Legal, Receta médica, Resolución Directoral del Instituto Nacional Penitenciario.

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	Inicio de la enfermedad desde los 13 años, no recibía tratamiento	Inaccesibilidad al tratamiento psiquiátrico Progresión de la enfermedad como factor de comisión del delito
Antecedentes psiquiátricos familiares	Padre con Esquizofrenia Paranoide y tratamiento en el HVLH, hermana con Esquizofrenia	
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Robo agravado	
Circunstancias del delito	El paciente acompañado de otro sujeto cogió a la agraviada del cuello, golpeándola con cachetadas, logrando sustraer el celular y otros bienes, sin dejar de utilizar violencia contra ella, para luego darse a la fuga en el vehículo automotor motokar. <i>“el delito de Robo Agravado, es eminentemente doloso”</i>	Límites de la inimputabilidad
Particularidades del proceso judicial	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente a través de su curador procesal aceptó su responsabilidad penal y civil y se acogió a la conclusión anticipada del juicio. • <i>“... la pena que se debe imponer al acusado es la de doce años de pena privativa de libertad y cuatro años de internación en un establecimiento de salud mental, ello en mérito a que el acusado, ha sido declarado inimputable por padecer de Psicosis Crónica, tipo esquizofrenia”</i> • <i>“...el acusado ha renunciado a la presunción de inocencia aceptando los cargos que le imputa...”</i> • <i>“...debemos expresar que en el presente caso el acusado ... ha sido declarado inimputable en mérito al contenido de la Evaluación psiquiátrica ... emitido por el perito Psiquiatra ... concluyó: “Presenta Psicosis Crónica tipo esquizofrenia, no es responsable de sus actos, por</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la responsabilidad penal y civil por la persona con trastornos mentales graves • Aplicabilidad de la conclusión anticipada del juicio en caso de las personas con trastornos mentales graves • Distorsión del concepto de inimputabilidad y contradicción en su interpretación legal

	<p><i>presentar grave anomalía psíquica que lo aleja de la realidad y debe recibir tratamiento psiquiátrico” ; en mérito a ello, podemos decir que el acusado no comprende la antijuricidad de sus hechos, pues es plenamente evidente que el acusado no sabía de las consecuencias jurídicas de su actuar... ”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“...corresponde al acusado fijarle la pena ... como si este fuese imputable y en merito a ello, a su vez fijarle un plazo de internación...”</i> • <i>“... se le impone DIEZ AÑOS, TRES MESES Y DIEZ DÍAS DE PENA PRIVATIVA DE LA LIBERTAD EFECTIVA ... SE DISPONE LA INTERNACIÓN del sentenciado en el establecimiento de Salud Mental- Larco Herrera de la ciudad de Lima, por el plazo de CUATRO AÑOS...”</i> 	
Lugar de la medida de seguridad	Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH)	
Antecedentes delictivos	Sin antecedentes penales	
Otros datos importantes	Ninguna	

Fuente: elaboración propia

Tabla 26. CASO 2. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): QMJW-29

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	QMJW-29-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm			Ninguna
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.0 Esquizofrenia paranoide F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados		X			
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados			X		
	3. La expresión facial acorde a la situación		X			
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio			X		
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros		X			
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores			X		
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros			X		
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas			X		
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio		X			
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura		X			
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio	X				
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental	X				
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física		X			
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal	X				
					Total	

Fuente: elaboración propia

Tabla 27. CASO 2. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 02/11/2018 **Hora de Inicio:** 9 am **Hora de término:** 10-30 am
Entrevistador: Investigador principal **Ambiente de realización de la Entrevista:** Consultorio de Psiquiatría del EP Lurigancho
Nombre del paciente (codificado): QMJW-29
Edad: 39 años **Grado de Instrucción:** Secundaria
Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide
F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas.

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“No lo se, pero son mi familia, no sé donde viven...me tratan bien”</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí vienen a visitarme, me traen lo que pueden”</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“Sí tengo esposa y 3 hijos...están en mi casa...mi familia los cuida”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“no vale responder”</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“sí”</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“quisiera tener una experiencia en libertad”</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“nada”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“no estoy bien acá, porque el Lurigancho es un sitio donde no se pasa bien”</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“que me den mi papel judicial para poder mejorar”</i>	
	10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“nada”</i>	

	11.¿Qué actividades realiza?	<i>“haciendo mis cosas”</i>	
	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“nada”</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“me han detenido”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>“porque estoy encerrado”</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“tengo VIH, me violaron en la lata cuando recién llegué al penal”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“no”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“no”</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“no quiere venir el juez”</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“que me cambien a libertad”</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“estoy sentenciado”</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“no estoy enfermo”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“no he hecho nada”</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“no sé”</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“trabajar”</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“no”</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“no”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 28. CASO 2. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : QMJW-29
Expediente legal N° : 34079-2010
Materia : Violación sexual de menor de edad-Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
 F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas.
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Resolución Directoral del Instituto Nacional Penitenciario.

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p><i>“...se verifican en sus distintos internamientos al hospital Hermilio Valdizan, en el que el procesado presentaba “conducta agresiva e inadecuada, alucinaciones auditivas, animo paranoide, hablaba incoherencias”, cuadros que se reiteraron en tres oportunidades más (siendo un total de 04 entre los años 2004 al 2009). Aunado a ello tenemos que se advierte en el procesado el consumo de sustancias psicotrópicas, lo cual guarda relación con las manifestaciones de violencia y alto grado de agresividad”</i></p> <p><i>“...en el caso de este trastorno el evaluado requiere tratamiento, es decir no es curativo. No se trata la enfermedad en si, sino los síntomas de agresividad a si mismo o a los demás puede ser atenuado por el tratamiento y para eso tiene que haber control externo, bajo supervisión por una persona o institución...”</i></p> <p><i>“ Síndrome Psicótico descompensado”, “1) Esquizofrenia Paranoide; y 2) Consumo de múltiples drogas o sustancias psicotrópicas”</i></p> <p><i>“Otro punto que destaca en la ratificación de los peritos es que al ser preguntados si el procesado tiene posibilidades de recuperarse, respondieron que no, por lo que se concluye que deterioro mental es de carácter permanente...siendo necesario que esté sometido al cuidado de especialistas en salud que puedan controlar con los medios y elementos pertinentes su desarrollo mental.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progresión de la enfermedad como factor de comisión del delito • Medidas adecuadas de identificación, tratamiento y supervisión de las personas con trastornos mentales
Antecedentes psiquiátricos familiares	No hay datos	
Enfermedades físicas	No hay datos	
Delito	Violación sexual de menor de edad	

<p>Circunstancias del delito</p>	<p><i>“se imputa al procesado...haber abusado sexualmente de la menor...teniendo la condición de primo de ésta, quien...tenía 15 años de edad y adolece de síndrome de down”.</i></p> <p><i>“...refiere que la menor es su prima y sufre síndrome de down, no siendo cierto que haya abusado de ella...Señala haber estado en tratamiento en el Hospital Hermilio Valdizan por sufrir de Esquizofrenia. Que el hecho imputado a su persona obedece a la cólera que le tienen”</i></p> <p><i>“A nivel de instrucción, se consideró culpable del delito imputado en su contra señalando que observó a su prima en la puerta de la casa de uno de los vecinos, lugar del cual la llevó con dirección desconocida, conduciéndola a una casa abandonada lugar en el que procedió a bajar el pantalón y luego el calzoncito de su prima, para así colocar su pene en su vagina, señalando que no pudo penetrarla y ante el temor de que alguien se haya percatado de que la llevaba a ese lugar, optó por no hacerlo, regresándola a su casa”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
<p>Particularidades del proceso judicial</p>	<p><i>“el Ministerio Público ... solicitó se imponga al procesado CADENA PERPETUA...ante el diagnóstico mental presentado por el procesado solicita se le imponga la medida de seguridad de INTERNACIÓN por el periodo de TREINTA Y CINCO AÑOS”</i></p> <p><i>“De lo expuesto en líneas precedentes queda establecido la grave alteración respecto de la realidad que sufría el acusado al momento de la comisión de su acto (delito)...”</i></p> <p><i>“...siendo que el procesado ... ha sido diagnosticado con “Esquizofrenia paranoide”, cuadro mental que hace del procesado una persona que debe ser declarada inimputable...”</i></p> <p><i>“Otro punto relevante es el hecho de que en su Historia Clínica se advierten brotes de violencia para con otras personas (el haber agredido a su hermana que se encontraba gestando), y contar con condenas por delito contra el Patrimonio conforme su certificado de antecedentes penales, con lo que permite concluir un total desconocimiento de lo ilícito de sus actos, lo que no es más que un reflejo del cuadro mental que padece. Con lo que se manifiesta el alto grado de peligrosidad en su actuar, con altas posibilidades de volver a incurrir en acciones de naturaleza típica (delitos)”</i></p> <p><i>“En lo que respecta al lugar de cumplimiento de la medida de seguridad, sobre el particular un establecimiento penitenciario no cumple con los requisitos y garantías mínimas para el tratamiento de un paciente de tipo mental, por lo que corresponde su internamiento en un nosocomio especializado en tratamiento para pacientes mentales”</i></p> <p><i>“...IMPUSIERON: la MEDIDA DE SEGURIDAD DE INTERNACIÓN por el periodo de VEINTE AÑOS...DISPUSIERON: que la medida se haga efectiva en el área de Salud del Establecimiento Penal de Lurigancho – área de salud mental...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de la duración de la medida de seguridad sin considerar el criterio médico • Criterios para determinación de la inimputabilidad • Contradicción en la determinación del lugar de la medida de seguridad

Lugar de la medida de seguridad	Área de Salud del Establecimiento Penal de Lurigancho	
Antecedentes delictivos	Robo agravado	
Otros datos importantes	<i>“una vez culminada la medida dispuesta ..., el interno deberá retornar al Establecimiento Penitenciario de Huaral...”</i>	Distorsión del concepto de inimputabilidad y contradicción en su interpretación legal

Fuente: elaboración propia

Tabla 29. CASO 3. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): NHMB-20

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigáncho		Código de registro:	NHMB-20-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Ninguna		
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.0 Esquizofrenia paranoide F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados			X		
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados			X		
	3. La expresión facial acorde a la situación			X		
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio				X	
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros				X	
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores				X	
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros				X	
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas				X	
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura		X			
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio		X			
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental	X				
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física		X			
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal		X			
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 30. CASO 3. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 05/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): NHMB-20

Edad: 32 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide

F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas.

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mis tíos y mis tías, nadie más”, “viven en Nueva Esperanza”, “trabajan”, “con ellos me llevo bien”</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí”, “me vienen a ver, me traen ropa y víveres”</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“sí, tengo esposa y 6 hijos de tres mujeres”, “están en Comas, mi mujer se hace cargo de ellos”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“algo contemporáneo, algo difícil”</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“sí”, “me llevo bien con mi pareja”</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“cuando nacieron mis hijos”</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“cuando falleció mi madre hace dos años”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“estoy bien, me siento satisfecho”</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“nada”</i>	
	10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“con todos me llevo bien”</i>	
	11. ¿Qué actividades realiza?	<i>“limpieza, conversando con mis compañeros”</i>	

	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>"conocí amigos que nunca pensé conocer"</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>"cuando falleció mi compañero"</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>"por problemas de consumo de drogas"</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>"ninguna"</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>"desde muy niño, mi papa paraba con personas adultas, me invitaban droga", "me han tratado en Valdizan", "estuve internado un buen tiempo, me hizo bien"</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>"mi madre tenía problemas mentales, decía que conocía personas que no conocía", "a mi me afectaba, porque a mi avergonzaba"</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>"me olvidé de mi mujer y de mis hijos"</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>"el amor de mi familia"</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>"por robo agravado", "no sé mi situación"</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>"robé porque quería consumir"</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>"estaba en el carro con un amigo y hemos robado al taxista para consumir"</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>"no, nadie"</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>"trabajar en carpintería"</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>"ya no, ya aprendí mi lección", "depende de mí"</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>"nada más"</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 31. CASO 3. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : NHMB-20
Expediente legal N° : 1482-2014
Materia : Robo agravado-Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
 F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p>“...el acusado sufre de esquizofrenia paranoidea crónica y requiere un tratamiento adecuado y permanente...”</p> <p>“...se advierte la evaluación psiquiátrica...concluyendo que: 1.- Esquizofrenia paranoidea crónica (CIE 10-OMS); 2.- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples sustancias psicoactivas. F19.2 (CIE 10-OMS); 3.- Requiere continuar tratamiento médico especializado por psiquiatría en forma permanente, bajo supervisión por persona y/o institución responsable en forma permanente”</p> <p>“...el procesado recibió el tratamiento desde el año dos mil diez. Siendo que padece la enfermedad desde los nueve años de edad al parecer empezó el tratamiento por conducta depresiva por consumo de drogas y alcohol y más aún en este caso tiene un consumo frecuente de drogas por lo que eso empeora su estado de salud.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progresión de la enfermedad como factor de comisión del delito • Medidas adecuadas de identificación, tratamiento y supervisión de las personas con trastornos mentales
Antecedentes psiquiátricos familiares	No hay datos	
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Robo agravado	
Circunstancias del delito	<p>“...haber actuado de manera violenta, con mano armada, en concurso de otros sujetos no identificados, sobre un vehículo automotor, para despojar de las pertenencias al agraviado...el acusado le puso un cuchillo en el cuello del agraviado diciéndole “ya perdiste”...el procesado bajó del vehículo con un cuchillo en la mano persiguiendo al agraviado...mientras que el otro sujeto desconocido se dio a la fuga con los bienes del agraviado...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Particularidades del proceso judicial	<p>“...declarándose acusado reo contumaz ante su incomparecencia y revocándose el mandato de comparecencia por detención, siendo posteriormente detenido...”</p> <p>“...en forma consciente, libre, voluntaria y previa consulta con su abogado defensor, el acusado aceptó los cargos formulados en su contra, admitiendo la responsabilidad en el delito imputado y su compromiso con el</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Aceptación de la responsabilidad penal y civil por la persona con trastornos mentales graves

	<p><i>pago de reparación civil que corresponda...”</i></p> <p><i>“...representante del Ministerio Público ... ha solicitado que el acusado se encuentra dentro de las circunstancias de inimputabilidad...solicita como medida de seguridad el internamiento del acusado... debido que es exento de responsabilidad por la causal de inimputabilidad... no obstante el acusado evidentemente sería un persona inimputable, la misma que se advierte de la evaluación psiquiátrica...emitida por el Instituto de Medicina Legal...Por lo que el colegiado deberá merituar de imponer una medida de seguridad.”</i></p> <p><i>“...en resumen que dicha enfermedad en mayor frecuencia existe una carga genética se caracteriza porque tienen ideas delirantes, alteración de la percepción, alteración auditiva, alucinaciones y alteraciones de la voluntad, ya que por estas dos pueden actuar de manera impulsiva, debido que las personas que padecen esta enfermedad no tienen una adecuada percepción de la realidad, debido que distorsionan la información y es característico de la enfermedad...”</i></p> <p><i>“...el acusado tiene ideas delirantes, alteración de la percepción, alteración auditiva, alucinaciones y alteraciones de la voluntad, la cual puede hablar de manera relativa y que es consciente de lo que está haciendo; sin embargo, no tiene una adecuada orientación de la realidad porque no tiene calidad moral y más aún estando a su consumo frecuente de drogas hace que tengas actitudes violentas...”</i></p> <p><i>“...el acusado en salvaguarda de responsabilidades debe estar internado debido que la enfermedad que padece es para toda la vida, y consumir siempre sus medicamentos, pues éste debe ser hospitalizado para recibir su tratamiento...”</i></p> <p><i>“...esta alteración psíquica hace al acusado inimputable...”</i></p> <p><i>“...la medida de internación es privativa de libertad y solo puede aplicarse cuando existe el peligro potencial de que el inimputable pueda cometer en el futuro otros delitos considerablemente graves. Por lo tanto la internación es una medida de seguridad que conlleva graves efectos restrictivos en la libertad de las personas”</i></p> <p><i>“Así mismo la duración de la medida de internación debe ser proporcional a la peligrosidad potencial del agente y coherente con las recomendaciones que sobre el tratamiento a aplicar que haya precisado el perito psiquiatra”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicabilidad de la conclusión anticipada del juicio en caso de las personas con trastornos mentales graves • Criterios para determinación de la inimputabilidad • Contradicción en la determinación de la duración de la medida de seguridad • Distorsión del concepto de inimputabilidad y contradicción en su interpretación legal
Lugar de la medida de seguridad	Área de salud mental del Establecimiento Penal de Lurigancho oficiándose al centro Hospitalario de Salud Mental “Hermilio Valdizan”	
Antecedentes delictivos	No hay datos	
Otros datos importantes	Medida de seguridad de internación por el periodo de cuatro años	

Fuente: elaboración propia

Tabla 32. CASO 4. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): RBEG-33

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	RBEG-33-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018-31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm			
Diagnóstico psiquiátrico:	F06.8 Trastorno mental orgánico debido a la lesión cerebral F06.0 Alucinosis orgánica F07.8 Trastorno de personalidad y de comportamiento debido a la lesión cerebral F14.2 Dependencia de cocaína					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados		X			
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados			X		
	3. La expresión facial acorde a la situación			X		
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio	X				
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias	X				
	6. El paciente ayuda a sus compañeros	X				
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores	X				
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros		X			
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas			X		
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio	X				
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura	X				
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio	X				
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental			X		
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física		X			
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal	X				
Total						

Fuente: elaboración propia

Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	psiquiatría?		
	35.¿Qué dificultades tiene?	<i>“quiero salir a caminar, quiero ir al pabellón”</i>	
	36.¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“me odian, hacen que me encierren”</i>	
	37.¿Qué actividades realiza?	<i>“nada”</i>	
	38.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“ninguna”</i>	
	39.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“el encierro”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	40.¿Porque está en este servicio?	<i>“estoy enfermo, escucho voces, me dicen que mate”</i>	
	41.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“no tengo ojo, mi cerebro está dañado”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	42.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“desde los 21 años, cuando me dispararon, me trataban en Valdizan, en los penales también tomaba pastillas, si no tomo pastillas, escucho voces”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	43. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“nadie”</i>	
Percepción de su enfermedad	44.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“En el 2004 asesiné a un muchacho por burlarse de mí, lo degollé, estuve 18 meses en el penal de Huaral, luego 3 meses en el Valdizan, luego salí libre, dejé el tratamiento. En el 2007 maté a otra persona, estuve 2 años en el penal de Callao, luego 2 años en el Valdizan, salí del hospital en el 2011. Durante 4 años estuve tranquilo me daban mis pastillas, trabajaba como obrero, poco a poco las dejé, en el 2015 asesiné a mi mujer. Estuve en el penal de Cañete hasta el setiembre del 2016, ahí no hay psiquiatra, corté a un muchacho de mi celda, me trasladaron a Piedras Gordas. Allí corté a un muchacho de mi celda con Gillette porque voces me ordenaron”.</i>	• Inadecuado manejo socio-medico-legal de la enfermedad como factor de comisión reiterativa del delito
		45.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“tomar pastillas y salir para distraerme”</i>
Percepción de su situación legal	46.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“me sentenciaron por cortar a mi mujer”</i>	
	47.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“sí, las voces me ordenan a matar”</i>	

Conciencia de hechos ilícitos cometidos	48.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“corté a mi mujer, ella misma me provocó”</i>	
Antecedentes delictivos	49.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“estuve preso antes por matar”</i>	
Proyección a futuro	50.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“trabajar”</i>	
	51.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“si tomo pastillas, me pasa, estoy bien”</i>	
	52.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“quiero salir, no quiero estar encerrado”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 34. CASO 4. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : RBEG-33
Expediente legal N° : 01090-2015
Materia : Femicidio en grado de tentativa - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F06.8 Trastorno mental orgánico debido a la lesión cerebral
 F06.0 Alucinosis orgánica
 F07.8 Trastorno de personalidad y de comportamiento debido a la lesión cerebral
 F14.2 Dependencia de cocaína
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Resolución Directoral del INPE, oficios del HVLH, Historia Clínica del HVLH, ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p>“...¿simulación?...Descartar F60.2 Trastorno disocial de personalidad “...recibió un disparo en la cabeza pero no toma medicamentos...” “...cuando él tenía dieciséis años, cuando fue visto por otra doctora por un problema depresivo ansioso, pero a los veinte años recibió un disparo que le afectó el ojo derecho y también cerebralmente ...” “el informe psiquiátrico realizado como parte de la historia clínica del acusado ... que registra en el Hospital Daniel Alcides Carrión, en el cual se le diagnostica con “Depresión Psicótica”. “...”Trastorno orgánico cerebral (secuela de traumatismo craneo encefálico) con síntomas agresivos y psicóticos. Personalidad disocial, con componente emocionalmente inestable impulsivo. Alto riesgo de heteroagresividad. Requiere tratamiento permanente por neurología y psiquiatría para control de síntomas de agresividad e impulsividad. Requiere de supervisión permanente por persona o institución responsable” “durante los debates orales, el acusado manifestó que en el penal no está recibiendo el tratamiento psiquiátrico que necesita...”</p>	<p>• Progresión de la enfermedad como factor de comisión del delito</p>
Antecedentes psiquiátricos familiares	No hay datos	
Enfermedades físicas	Prótesis ocular derecho	
Delito	Femicidio en grado de tentativa	

Circunstancias del delito	<p><i>“la agraviada ... fue interceptada por su exconviviente ya acusado ... quien mediante jalones la hizo subir a un taxi, trasladándola hasta el inmueble ... profiriéndole en todo momentos amenazas de muerte ... el imputado provisto de una Guillette le infirió un corte en el cuello, altura de la yugular y en la cabeza, provocando un abundante sangrado...momentos que el imputado se dio a la fuga”</i></p> <p><i>“al día siguiente de los hechos llegó el procesado en un carro gritando “...ya le corte el cuello a tu sobrina” y la amenazó con dispararle tanto a ella como a su hijo”</i></p> <p><i>“...el acusado agredía físicamente a la agraviada de manera constante...no es la primera vez que la agrede, siempre le ha cortado y pegado, poniendo las denuncias respectivas...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Femicidio como desenlace de la violencia familiar ante la diferencia de la comunidad y autoridades
Particularidades del proceso judicial	<p><i>“La Organización Mundial de la Salud señala que la esquizofrenia es un trastorno mental grave...”</i></p> <p><i>“...el procesado es una persona inimputable y por tanto, exento de responsabilidad penal, más por el peligro constante que representa...impone dictar en su caso una medida de seguridad de internamiento en un centro hospitalario especializado, pues dadas sus características y la naturaleza de los actos en los que ha incurrido descara absolutamente el tratamiento ambulatorio en orden a cautelar los factores de prevención especial, a fin de proporcionar el cuidado del autor y controlar sus acciones inconscientes, más aún si como se ha dicho se trata de una enfermedad que no tiene cura.”</i></p> <p><i>“...la sanción que correspondía al acusado ... es la de no menor de quince años ... debe reducirse prudencialmente por lo que el Colegiado estima que debe imponérsele una medida de seguridad de 10 años de internación en un centro hospitalario especializado con fines terapéuticos y de custodia, que resulta proporcional a la peligrosidad del procesado y a la gravedad de los hechos cometidos por él...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión en la interpretación de los diagnósticos psiquiátricos • Tratamiento ambulatorio versus hospitalario en caso de trastornos mentales graves • Criterio para determinar la duración de la medida de seguridad
Lugar de la medida de seguridad	<p><i>“...en el hospital Nacional Víctor Larco Herrera y/o Hospital psiquiátrico del MINSA...”</i></p>	
Antecedentes delictivos	<p>Delito de homicidio simple y microcomercialización.</p> <p><i>“...mato a un chico de diecisiete puñaladas...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Otros datos importantes	<p><i>“...agredió a otros internos, cometiendo falta grave...agredió a otro interno, se autolesionó y agredió al médico de servicio...”</i></p> <p><i>“...se procedió a conducir al interno en mención al referido Hospital...negándose los funcionarios de dicho nosocomio en recepcionar en ambas oportunidades, aduciendo que previamente se tiene que realizar una evaluación psiquiátrica y posteriormente colocarse en la lista de espera de cupos disponibles, indicando además que antes del interno ... hay otros en lista de espera.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemática de internamiento por orden judicial en hospitales psiquiátricos

Fuente: elaboración propia

Tabla 35. CASO 5. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): FVDA-5

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigáncho		Código de registro:	FVDA-5-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 29.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm			
Diagnóstico psiquiátrico:		F20.0 Esquizofrenia paranoide continua				
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados				X	
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados					X
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio				X	
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros			X		
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores				X	
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros				X	
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas			X		
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio				X	
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura				X	
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio			X		
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental	X				
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física			X		
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal	X				
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 36. CASO 5. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 07/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): FVDA-5

Edad: 42 años

Grado de Instrucción: Superior

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide continua

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>"...mi mamá...soy de la familia real de Callao...pertenezco a la nobleza peruana..."</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>"si, me visitan y apoyan muy bien"</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>"tengo dos hijos, están en el extranjero"</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>"soy imperador, sufro de persecución política por el poder que tengo, mi vida es una lucha por recuperar lo que me pertenece"</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>"¿...cómo puedo estar satisfecho si estoy torturado y perseguido por el sistema mundial?"</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>"bueno, tuve varias"</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>"que me injustamente metieron preso"</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>"soy inocente y no debo estar acá"</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>"no poder ir a mi casa, hacer mis cosas"</i>	
	10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>"bien, son enfermos, tengo que entenderlos"</i>	
	11. ¿Qué actividades realiza?	<i>"me dedico a leer los periódicos para no descuidar las noticias en el mundo, porque todo tiene alguna relación conmigo"</i>	

	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“nada”</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“no poder salir”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>“injustamente, soy almirante real, tengo en mi poder a grandes empresarios, soy preso político, estoy perseguido y torturado por el Vaticano”</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“estoy sano”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“no tengo problemas mentales, es un complot mundial que utiliza a los médicos para quitarme la libertad y el poder”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“nadie”</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“no tengo ninguna enfermedad mental”</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“soy normal”</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por persecución política, debo estar en Larco Herrera”</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“mis problemas legales se deben a sistema mundial de poder”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“me ponen estafa, pero es falso”</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“estuve en otros penales injustamente”</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“recuperar lo que me pertenece”</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“no he cometido delitos”</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“quiero que comuniquen al Presidente de la República sobre las injusticias que pasan acá”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 37. CASO 5. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : FVDA-5
Expediente legal N° : 30889-2010
Materia : Estafa/Hurto agravado - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide continua
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Resolución Directoral del INPE, ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<i>“Evaluación Psiquiátrica N°057896-2015-PSQ emitida por el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público...presenta un trastorno psicótico de tipo esquizofrenia indiferenciada F20.3”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	No hay datos	
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Estafa/Hurto agravado	
Circunstancias del delito	<p><i>“...haberse apoderado ilegítimamente de diversa mercadería de dos establecimientos comerciales, dos equipos celulares ... además habría sustraído la suma de 200 soles, habiendo utilizado destreza como medio para cometer los ilícitos, utilizando un vehículo de placa ... para desplazarse y huir del lugar; asimismo haber sorprendido a los trabajadores de un sauna spa, retirándose sin pagar la cuenta, sometiéndolos al engaño...”</i></p> <p><i>“...en el interior del vehículo que conducía ... se halló copias de un proceso judicial en su contra, una tarjeta de presentación a su nombre como consultor de la Primera Vicepresidencia de la República y una caja vacía de whisky...”</i></p> <p><i>“...refiere que se considera inocente de los cargos ... que es perseguido por una secta por haber sido asesor de empresarios, que han agravado los hechos y han modificado el código para perjudicarlo, tienen secuestrada a su familia...acepta el hecho de haber cometido el delito...en el Grifo Repsol por la persecución de que es objeto...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Particularidades del proceso judicial	<p><i>“...en mérito a la evaluación psiquiátrica ... el Ministerio Público solicitó la medida de seguridad de internamiento en un centro hospitalario especializado para enfermedades psiquiátricas por el mismo plazo de la acusación...”</i></p> <p><i>“Los trastornos psicóticos son enfermedades mentales que alejan al sujeto de su contacto con la realidad por lo que no pueden distinguir lo bueno de lo malo”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento ambulatorio versus hospitalario en caso de trastornos mentales graves • Criterio para determinar la duración de la medida de

	<p><i>“Requiere de supervisión permanente por persona o institución responsable ya que no tiene conciencia de su enfermedad mental. Requiere de tratamiento médico especializado por psiquiatría por consultorio externo u hospitalización a criterio de su médico tratante, conforme a la evolución de su cuadro clínico.”</i></p> <p><i>“Que habiéndose determinado que el procesado tiene una enfermedad mental que lo aleja de su contacto con la realidad por lo que no puede distinguir apropiadamente lo bueno de lo malo, requiriendo tratamiento médico especializado, es necesario declararlo inimputable y al haberse acreditado que tiene múltiples antecedentes por delitos similares incluso a penas privativas, resultando ser un sujeto que ofrece peligro de la comisión de nuevos delitos, deberá disponerse su internación por un tiempo igual a la condena que pudiera imponérsele”.</i></p> <p><i>“...se trata de un sujeto peligroso y que ha hecho del delito su medio de vida, por lo que en resguardo de la sociedad deben dictarse las medidas pertinentes...”</i></p> <p><i>“...declarando inimputable y exento de responsabilidad penal...”</i></p> <p><i>“...disponiendo su internación en un Hospital Nacional Víctor Larco Herrera por el plazo de seis años y encontrándose cumpliendo condena por otro delito, la misma que vencerá el 19-03-2018, debería ser internado en el pabellón psiquiátrico del penal hasta el cumplimiento de la pena y fecho se le interne al hospital...”</i></p>	<p>seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Criterios para la declaración de inimputabilidad • Contradicción en el manejo médico-legal del paciente inimputable
Lugar de la medida de seguridad	<i>Hospital Víctor Larco Herrera</i>	
Antecedentes delictivos	<p><i>“...múltiples sentencias por delito de Hurto Agravado, en dos de las cuales fue condenado a pena efectiva.”</i></p> <p><i>“...7 sentencias por...Hurto agravado y Hurto Simple...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Otros datos importantes	<p><i>“...no tenemos cupo para ingresar a nuestro nosocomio...habiendo sido colocado el ciudadano, en nuestra “Lista de Espera”, ocupando el N°80</i></p> <p>Al cumplir su pena privativa de libertad el 19.03.2018, el paciente salió libre a pesar de la sentencia judicial de su internación en el HVLH, sin embargo, en julio del 2018 nuevamente fue internado al EP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Internamiento del paciente inimputable en el EP a pesar de orden explícita anterior de su internamiento en el hospital

Fuente: elaboración propia

Tabla 38. CASO 6 Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): CRPI-3

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Luriganchó		Código de registro:	CRPI-3-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Inmadurez psicológica, actitud hipocondriaca, ganancial, manipuladora		
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.0 Esquizofrenia paranoide					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados				X	
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados					X
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio				X	
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros			X		
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores			X		
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros			X		
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas				X	
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura			X		
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio			X		
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental			X		
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física					X
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal			X		
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 39. CASO 6. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 08/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): CRPI-3

Edad: 41 años

Grado de Instrucción: Superior

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	53.¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mi papá, mi mamá, mi hermano mayor...viven en Lima...mi papá está jubilado, mi mamá es ama de casa...me llevo bien, nos entendemos”</i>	
	54.¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“cuando me siento mal, ellos me levanta el ánimo, me dan consejos”</i>	
	55.¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“no, soy soltero”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	56.¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“mi vida es exitosa”</i>	
	57.¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“sí, porque he llegado a cumplir con los objetivos trazados”</i>	
	58.¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“cuando terminé mis estudios técnico-superiores”</i>	
	59.¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“la enfermedad”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	60.¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“me siento un poco mal, no me siento tan contento”</i>	
	61.¿Qué dificultades tiene?	<i>“me siento frustrado cuando no me escuchan, no me gusta la presión para hacer mis cosas”</i>	
	62.¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“con algunos compañeros me llevo bien, de otras personas que no me respetan me alejo, con los colaboradores no hay problema”</i>	
	63.¿Qué actividades realiza?	<i>“voy a capellanía, lectura de libros, biblioteca”</i>	
	64.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“cuando mi vista viene”</i>	

	65.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“cuando injustamente me llamaban la atención o me castigaban”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	66.¿Porque está en este servicio?	<i>“para curarme”</i>	
	67.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“sí, tengo esquizofrenia”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	68.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“desde la secundaria, me dio mi crisis, mi primer hospital fue Noguchi, tratamiento me ayudaba, último me trataban en Valdizan”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	69.¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“ninguno”</i>	
Percepción de su enfermedad	70.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“a veces me cohibo, me aílo, me deprimó, mi autoestima baja”</i>	
	71.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“estar en casa, para sanarme tranquilamente”</i>	• Percepción de la importancia de la familia para la recuperación de la salud
Percepción de su situación legal	72.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por el delito que cometí...soy sentenciado inimputable”</i>	
	73.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“en parte sí, en el momento que lo hice, me ofusqué, no medí las consecuencias, nunca me pasó esto antes”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	74.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“actos contra el pudor...dando clases a una niña...me dejé llevar, la niña me provocó en parte”</i>	
Antecedentes delictivos	75.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“ninguno”</i>	
Proyección a futuro	76.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“portarme bien, ser persona diferente, trabajar, tener la esposa, hijos, respetar a mis padres”</i>	
	77.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“ya no ... debo alejarme de los niños, para esto alguien me tiene que supervisar, mi familia”</i>	• Impacto de la duración de la medida de seguridad en la posibilidad de cometer el delito
	78.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“acá en prisión me siento muy mal, me siento que no voy a curarme aquí, quiero tranquilidad estando en un hospital o bajo cuidado de mis padres”</i>	• Frustración de la persona inimputable por seguir en el EP

Fuente: elaboración propia

Tabla 40. CASO 6. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : CRPI-3
Expediente legal N° : 02785-2017
Materia : Actos contra el pudor en menor de edad - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Certificado de Libertad, Oficio Judicial

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<i>"...certificado de discapacidad ... expedido por el hospital Hermilio Valdizan, con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide..."</i> HHV, INSM: "F20.0, discapacidad mental severa, restricción en la participación 67%"	
Antecedentes psiquiátricos familiares	No hay datos	
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Actos contra el pudor en menor de edad	
Circunstancias del delito	<i>"...haber realizado tocamientos indebidos en las partes íntimas (vagina) por encima de la ropa a la menor ... de siete años de edad, además de haberla besado en la boca de forma libidinosa; hechos ocurridos en diversas oportunidades en circunstancias que el inculpado ... dictaba clases de órgano a la menor agraviada..."</i>	
Particularidades del proceso judicial	<i>"...también es verdad que en dicha conducta no se verifica la concurrencia del elemento culpabilidad que permita establecer que el procesado ... sea responsable penalmente de sus actos, por cuanto se ha establecido que éste es una persona inimputable al sufrir de enfermedad mental conocida como esquizofrenia paranoide, la cual incapacita para discernir y valorar sus acciones (capacidad cognitiva) y le impide controlar sus acciones (capacidad volitiva)"</i> <i>"...el procesado ... se encuentra exento de responsabilidad penal ... al haberse determinado que dicho inculpado presenta anomalía psíquica (esquizofrenia paranoide), la cual afecta gravemente su concepto de la realidad, no poseyendo la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión ..."</i> <i>"...apreciándose además una razonable posibilidad de que el inculpado ... cometa nuevos y graves delitos...que éste requiere continuar con tratamiento médico por psiquiatría, así como de supervisión por persona o institución responsable...de no seguir un adecuado tratamiento médico"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Criterios para la declaración de inimputabilidad • Incoherencia en el texto legal

	<p><i>psiquiátrico, lo que generaría la alta probabilidad que el inculpado ... cometa delitos considerablemente graves.”</i></p> <p><i>“El Ministerio Público califica el delito Robo, imputado al procesado de ... que constituye la imposibilidad de autodeterminarse sexualmente...”</i></p> <p><i>“...la medida de seguridad de internación por el término de tres años...”</i></p>	
Lugar de la medida de seguridad	Hospital Hermilio Valdizan	
Antecedentes delictivos	No hay datos	
Otros datos importantes	Ninguno	

Fuente: elaboración propia

Tabla 41. CASO 7. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): MCMR-19

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	MCMR-19-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Marcada conducta antisocial		
Diagnóstico psiquiátrico:	F19.21 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas, en actualidad en abstinencia en medio protegido F61.0 Trastorno mixto de personalidad (inestable y antisocial)					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados			X		
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio			X		
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros			X		
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores			X		
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros			X		
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas				X	
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura				X	
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio		X			
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental		X			
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física				X	
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal			X		
					Total	

Fuente: elaboración propia

Tabla 42. CASO 7. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 09/11/2018 **Hora de Inicio:** 9 am **Hora de término:** 10-30 am
Entrevistador: Investigador principal **Ambiente de realización de la Entrevista:** Consultorio de Psiquiatría del EP Lurigancho
Nombre del paciente (codificado): MCMR-19
Edad: 35 años **Grado de Instrucción:** Secundaria
Diagnóstico psiquiátrico: F19.21 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas, en actualidad en abstinencia en medio protegido
F61.0 Trastorno mixto de personalidad (inestable y antisocial)

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“tengo mis padres, tres hermanos...viven en el Callao...mi mamá vende helados, mi papá es vigilante, están separados muchos años... mi familia es disfuncional, mi padre es adicto a drogas, me maltrataba física- y psicológicamente...ahora me llevo bien con ellos”</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí, me visitan, traen víveres”</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“tengo esposa y dos hijos, mi esposa trabaja, mi papá también le ayuda un poco”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“mi vida está un poco alejada de la realidad, es difícil”</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“no, porque muchas cosas se me hacen difíciles, estoy privado de mi libertad”</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“tener un orgasmo al mismo tiempo que mi esposa”</i>	
Vivencias en el servicio de	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“caer preso”</i>	
	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“otro mundo...estoy mejor de que podría estar en un pabellón, pero hay muchas cosas confusas en relación con los demás internos”</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“la comida me cae pesada”</i>	

psiquiatría del penal	10.¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“una relación tranquila sin muchos sobresaltos, algo tensa con los colaboradores”</i>	
	11.¿Qué actividades realiza?	<i>“leo bastante”</i>	
	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“recibir la visita de mi familia”</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“estar asilado”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>“mi mentalidad no es como de otras personas normales”</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“me dijeron que era borderline, psicótico, maniaco-depresivo, bipolar”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“de niño era muy hiperactivo, de adolescente tenía muchos problemas con la realidad, me internaron a Valdizan por un mes por bipolaridad, entre otras cosas, también tenía tratamiento ambulatorio en Larco Herrera durante los 3 años con valproato, clorpromazina, estuve internado en un centro de rehabilitación a los 24 años durante un año; consumía drogas (marihuana, pasta, cocaína, lo que hay) desde los 16 años, consumía todos los días”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“mi padre fue adicto a drogas, últimamente está algo mejor, mi mamá es muy histérica, debe tener algún trastorno mental, a mi abuela dio una locura, la internaron al Hospital Naval, mi tío, mamá y hermana han intentado suicidarse ”</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“cometí el delito estando borracho, hiriendo a dos menores, se me hace difícil tratar con los demás, confundo la realidad con la fantasía, mis relaciones con los demás se ven afectados”</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“algún tiempo más de tratamiento, creo, medicación, que me vea realmente que necesito”</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por haber herido a dos niños y no me acuerdo lo que pasó por tomar mucho alcohol...condenado a diez años de la medida de seguridad”</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“sí”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“no me acuerdo, no sé”</i>	

cometidos			
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“no, nadie”</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“no lo sé, todavía no estoy seguro, debería trabajar, mi mama quiere que estudie algo”</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“si no tomo, ninguno, depende de consumo de alcohol y droga ”</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“quería confesarle que me parece muy atractivo matar a la gente mala, no lo he hecho hasta ahora, es porque puedo tener consecuencias legales”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 43. CASO 7. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : MCMR-19
Expediente legal N° : 00940-2015
Materia : Homicidio calificado en grado de tentativa - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F19.21 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas, en actualidad en abstinencia en medio protegido
 F61.0 Trastorno mixto de personalidad (inestable y antisocial)
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Oficio del INPE, Ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p><i>“hiperactividad de niño”</i></p> <p><i>“...ha venido siguiendo un tratamiento psiquiátrico en el centro de salud mental “Larco Herrera” en cuyo informe refiere presentar Trastorno de Personalidad Borderline, teniendo personalidad inestable, de características narcisista, antisocial y pasivo agresivo, ideas paranoides, el cual concuerda con la Pericia Psicológica ... cuya conclusión refiere que presenta personalidad inestable (borderline) con la presencia de características disociales.”</i></p> <p><i>“...el informe médico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza ... diagnostica al acusado con Trastorno Borderline, considerando la posibilidad de internamiento en centro especializado...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo médico-social como factor de comisión del delito
Antecedentes psiquiátricos familiares	Proviene de una familia disfuncional, padre adicto a drogas, lo maltrataba física- y psicológicamente	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto social como factor de desarrollo de la patología mental y comisión del delito
Enfermedades físicas	Antecedentes de TBC pulmonar	
Delito	Homicidio calificado en grado de tentativa en agravio de menores de edad	
Circunstancias del delito	<p><i>“...haber intentado quitarle la vida a dos menores de edad ... cuando los menores agraviados jugaban con otros niños ... llegaron a percatarse de la existencia de manchas de sangre, las cuales siguieron hasta encontrar a cinco perritos escondidos dentro de una manta o costal, y que uno de los aludidos estaba cortado a la mitad, momentos en que apareció el acusado con un cuchillo de cocina de aproximadamente 30 centímetros, quien al verse descubierto por los menores los persiguió, alcanzando primero a la menor ... de tres años de edad, quién corría de la mano del agraviado ... de siete años, procediendo el imputado a proferirle a la agraviada ... un corte en el lado derecho del hemitorax (zona vital)... le ocasionó una lesión vascular en partes blandas y sangrado de hígado, conforme se aprecia del certificado médico legal ... el acusado le infirió al agraviado ... un corte en</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia social al consumo de las sustancias psicoactivas como factor de violencia

	<p><i>el lado izquierdo del hemitorax (zona vital)...</i></p> <p><i>"...refirió haber estado tomando pisco con su vecina... hasta perder el conocimiento lo que se acredita con el Dictamen Pericial Toxicológico – Dosaje etílico N°2130/2015 ... que tiene como 1,08 g alcohol etílico (ebriedad superficial). La testigo ... manifestó ... haber tomado licor con el acusado, luego de lo cual este cargo a su hija y la dejó caer sin motivo aparente golpeándose la menor su cabeza y posteriormente cuando esta llevaba a su hija a su casa, el acusado la siguió con un cuchillo en la mano haciéndole señas a su menor hijo a fin de que guarde silencio, advirtiéndole de dicha declaración que las intenciones del acusado eran lesionar a su vecina, lo que demuestra que el acusado es un sujeto proclive a cometer delitos ..."</i></p>	
Particularidades del proceso judicial	<p><i>"...puesto en conocimiento del acusado, sobre los alcances de la Ley N°28122 sobre la conclusión anticipada, éste se acogió a la Ley..."</i></p> <p><i>"...el acusado ... confeso los hechos, aceptando ser autor del delito materia de la acusación y responsable de la reparación civil; por lo que solicito acogerse a la conclusión anticipada del juicio oral"</i></p> <p><i>"...el acusado refiere estar arrepentido de los hechos aunque no recuerda pero sabe que lo hizo, reiterando ser una persona con diagnóstico de personalidad borderline, que recibe tratamiento farmacológico y como el mismo refirió "cuando tomo alcohol en exceso puedo hacer payasadas o cosas malas"..."</i></p> <p><i>"...se puede concluir que el acusado presenta alteración psíquica que lo convierte en un sujeto inimputable, conforme lo dispuesto por el inciso 1 del artículo 20 del Código Penal..."</i></p> <p><i>"Por otro lado la duración de la medida de seguridad no puede ser indeterminada, siendo así el operador judicial debe definir en la sentencia su extensión temporal, la cual conforme lo establece el artículo setenta y cinco ab initio en ningún caso puede exceder los límites cuantitativos de la pena privativa de libertad concreta que se hubiera aplicado al procesado si hubiera sido una persona imputable. Así mismo la duración de la medida de internación debe ser proporcional a la peligrosidad potencial del agente y coherente con las recomendaciones que sobre el tratamiento a aplicar haya precisado el perito psiquiatra"</i></p> <p><i>"...existe peligro de que pueda incidir en el mismo tipo de conducta constituyendo un peligro evidente a la sociedad..."</i></p> <p><i>"...la duración de la medida de internación que se dictara debe ser proporcional a la peligrosidad potencial del agente, la gravedad del hecho cometido y los delitos que probablemente cometería si no fuera tratado."</i></p> <p><i>"...la medida de seguridad de internación, debe ser por el periodo de diez años..."</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Criterios para la declaración de inimputabilidad • Aceptación de la responsabilidad penal y civil por la persona con trastornos mentales graves • Aplicabilidad de la conclusión anticipada del juicio en caso de las personas con trastornos mentales graves • Contradicciones legales en la determinación de la duración de la medida de seguridad
Lugar de la medida de seguridad	<p><i>"Establecimiento Penitenciario de Lurigancho – Área de Salud Mental"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación del lugar de la medida de seguridad

Antecedentes delictivos	Ninguno	
Otros datos importantes	Ninguno	

Fuente: elaboración propia

Tabla 44. CASO 8. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): HPJP-11

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	HPJP-11-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018-31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Paciente colaborador		
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.05 Esquizofrenia paranoide con remisión completa F19.1 Consumo perjudicial de múltiples sustancias psicoactivas					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados				X	
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados					X
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio				X	
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros					X
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores					X
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros				X	
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas					X
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio					X
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura				X	
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio				X	
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental				X	
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física				X	
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal				X	
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 45. CASO 8. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 12/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): HPJP-11

Edad: 34 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.05 Esquizofrenia paranoide con remisión completa

F19.1 Consumo perjudicial de múltiples sustancias psicoactivas

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	79.¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“tuve una familia desintegrada, mi madre me abandonó cuando tenía 5 años, se fue con el vecino, tengo contacto con ella esporádicamente, vivía en casas de diferentes familiares, tíos, primos, abuelos”</i>	
	80.¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“mi padre me apoya, me visita”</i>	
	81.¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“no”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	82.¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“compleja”</i>	
	83.¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“no, porque estoy preso”</i>	
	84.¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“no recuerdo”</i>	
	85.¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“cuando mi madre me dejó”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	86.¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“normal”</i>	
	87.¿Qué dificultades tiene?	<i>“pocas actividades, aburrido”</i>	
	88.¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“bien, les apoyo”</i>	

	89.¿Qué actividades realiza?	<i>“deportes, lectura”</i>	
	90.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“cuando tengo visita”</i>	
	91.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“cuando permanecía aislado por mucho tiempo”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	92.¿Porque está en este servicio?	<i>“me declararon inimputable”</i>	
	93.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“esquizofrenia”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	94.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“empecé a consumir drogas (mixto) desde los 15 años esporádicamente, a partir de los 18 años empecé a consumir pasta, cocaína y marihuana a diario... estuve internado en un centro de rehabilitación por dos años... intenté suicidarme tomando veneno con gaseosa...fui internado en el hospital Cayetano Heredia, después de lo cual me internaron en el 2006 en el Instituto Nacional Honorio Delgado-Hideyo Noguchi... Me parecía que era extraterrestre, tenía poderes de adivinar, ver las cosas, viajar en el tiempo...consumía drogas para olvidar el sufrimiento de la niñez”</i>	• Violencia familiar como factor de desarrollo y progresión de la enfermedad mental
Antecedentes psiquiátricos familiares	95. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“mi tío paterno tiene esquizofrenia y consume drogas; otro tío paterno consume pasta; abuela materna tiene esquizofrenia, padre consumía pasta; hermano consume cocaína”</i>	• Contexto social como factor de desarrollo de la patología mental y comisión del delito
Percepción de su enfermedad	96.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“cometí el delito sin estar bajo efecto de alcohol, sino por las órdenes de voces... tenía insomnio, nunca tenía tratamiento, las drogas me ayudaban a dormir”</i>	• Inadecuada atención de salud mental como factor de desarrollo y progresión de la enfermedad mental
	97.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“ya estoy casi sano”</i>	
Percepción de su situación legal	98.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“maté a una chica”</i>	
	99.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“si, lo hice por voces que me ordenaron a matarla”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	100. ¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“homicidio y robo”</i>	

Antecedentes delictivos	101. ¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“no”</i>	
Proyección a futuro	102. ¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“trabajar”</i>	
	103. ¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“ya no, ya estoy sano”</i>	
	104. ¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“nada”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 46. CASO 8. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : HPJP-11
Expediente legal N° : 9868-2012 (Corte Superior)
 2129-2015 (Corte Suprema)
Materia : Robo agravado con subsecuente muerte - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.05 Esquizofrenia paranoide con remisión completa
 F19.1 Consumo perjudicial de múltiples sustancias psicoactivas
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Oficio del INPE, Ficha RENIEC, copia de la Historia Clínica

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p>“...Informe Médico del acusado ... expedido por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, con fecha 3 de diciembre del 2012, donde se tiene que el acusado fue atendido en el Departamento de Emergencia el día 8 de junio de 2005, quien fue derivado del Hospital Víctor Larco Herrera por presentar ... Trastorno psicótico agudo (F23, CIE 10)... haber ingerido veneno a fin de suicidarse ... antes de la comisión del delito ...”</p> <p>“Refiere que cometió el delito sin estar bajo efectos de alcohol, sino por las órdenes de “voces”; donde se le diagnosticó lo siguiente: Esquizofrenia paranoide con periodo de observación menor de un año; trastorno psicopático esquizofreniforme de debido al consumo de múltiples sustancias psicótropas.”</p> <p>“...apreciación psiquiátrico forense es la siguiente: “El evaluado presenta un trastorno mental severo perteneciente al grupo de las psicosis ... el evaluado es incapaz de distinguir de manera adecuada lo bueno de lo malo y las consecuencias derivadas de sus actos pues sus acciones son dirigidas por sus pensamientos (ideas delirantes) y percepciones (alucinaciones) anómalas. Este trastorno se encuentra agravado por el consumo de sustancias psicoactivas que de por si agravan el cuadro psicótico (de alejamiento de la realidad) y que se conoce como patología dual. Lo que dificulta de manera significativa su tratamiento (...); cuyas conclusiones son las siguientes: “1. Esquizofrenia paranoide; 2 Trastorno psicótico debido al consumo de múltiples drogas (...)”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo médico-social de la enfermedad mental como factor de comisión del delito • Criterios para la declaración de inimputabilidad
Antecedentes psiquiátricos familiares	Tío paterno con esquizofrenia y consumo de drogas; otro tío paterno con el consumo de PBC; abuela materna con esquizofrenia, padre con el consumo de PBC; hermano con el consumo de cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Contexto social como factor de desarrollo de la patología mental y comisión del delito
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Robo agravado con subsecuente muerte	

Circunstancias del delito	<p>“...el acusado interceptó a la agraviada, en circunstancias que esta salía de su domicilio ... con dirección a su centro de trabajo, momentos en que el acusado la amenazó con un arma de fuego, con la finalidad de sustraerle sus pertinencias y ante la resistencia efectuada por la agraviada, efectuó varios disparos ... momentos en el que el acusado, ya con pertinencias de la agraviada huyó del lugar de los hechos”</p> <p>“se tiene que este escucho voces que le decían “hazlo”, lo que habría determinado que este disparará a la agraviada...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Particularidades del proceso judicial	<p>“...la Primera Sala ... lo condenó como autor del delito contra el patrimonio, en la modalidad de robo agravado con subsecuente de muerte ... a cadena perpetua...toda vez que se llegó al convencimiento de que el día de los hechos, el acusado interceptó a la agraviada ... con la finalidad de sustraer sus pertinencias ... lo que denotó la intencionalidad del agente de pretender sustraerle las pertinencias que portaba la agraviada; y, que si bien la defensa del acusado, alegó que este padecía una enfermedad mental; sin embargo, la afección que presuntamente padecía el acusado el día de los hechos, no se encuentra acreditada...”</p> <p>“...a lo largo del proceso ha probado que padecía de una enfermedad mental, por lo cual sería un inimputable; lo que no ha sido considerado por la Sala Superior.”</p> <p>“...lo que resulta cuestionable es que si el delito se cometió cuando el acusado se encontraba en el uso de sus facultades mentales.”</p> <p>“Desde el punto de vista Técnico pericial científico forense, se determina: “Que el paciente ... después de dos meses en observación en el pabellón de psiquiátrica del penal ... que las características físicas y emocionales correspondientes al paciente ... corresponden a una esquizofrenia paranoide ... con estos enfermos el psiquiatra debe tener mucho cuidado porque son peligrosos en potencia, sus reacciones a veces imprevisibles...el paciente ... es potencialmente peligrosos para la sociedad ... y por ende el manejo médico psiquiátrico debe venir aparejado con medidas de prevención y tratamiento.”</p> <p>“Como no es dueño de su voluntad por las afecciones que padece, resulta necesario aplicarle una medida de seguridad de internación adecuada (tal como está previsto en los artículos 74 y 75 del Código Penal) que a la vez permita un mejoramiento en sus anomalías a fin de curarlo de las mismas y evitar que vuelva a infringir la norma penal”</p> <p>“...lo que nos brinda una fundada razón para considerar el estado de inimputabilidad del procesado al momento de los hechos, ello en mérito de los indicios detallados líneas arriba, pues se tiene que el procesado desde el día 8 de junio del año 2005, ya presentaba trastornos mentales, las mismas que habrían sido progresivas y que si bien se tiene Certificado ... emitido por el Colegio de Psicólogos del Perú ... expedido al acusado, donde presuntamente fue evaluado psicológicamente, obteniéndose los siguientes resultados: “...no indicadores significativos de psicopatología mental...” debemos tener presente que para llegar estos resultados se realizó una pericia psicológica, mas no psiquiátrica”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para la declaración de inimputabilidad • Criterios para la determinación de la duración de la medida de seguridad

	<i>“...le impusieron la medida de seguridad de internación con fines terapéuticos por el término de veinte años...”</i>	
Lugar de la medida de seguridad	<i>“...en un centro hospitalario especializado o según las exigencias institucionales, por decisión del Juez de la Ejecución...” (Corte Suprema)</i> <i>“...oficiese al INPE a fin de que se proceda a la excarcelación y traslado en el día del citado sentenciado a la clínica psiquiátrica del penal de Lurigancho, a fin de que cumpla la medida de seguridad de internación impuesta...” (Corte Superior)</i>	• Contradicción en la determinación del lugar de la medida de seguridad
Antecedentes delictivos	Ninguno	
Otros datos importantes	Ninguno	

Fuente: elaboración propia

Tabla 47. CASO 9. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): SCJ-34

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	SCJ-34-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018-31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm			
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.04 Esquizofrenia paranoide con remisión incompleta					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados				X	
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados					X
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio					X
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias					X
	6. El paciente ayuda a sus compañeros				X	
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores					X
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros				X	
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas				X	
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio				X	
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura					X
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio				X	
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental				X	
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física				X	
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal			X		
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 48. CASO 9. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 13/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): SCJ-34

Edad: 33 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.04 Esquizofrenia paranoide con remisión incompleta

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>"tengo mi papá, mi mamá, son ansianos, somos tres hermanos ... trabajan en la chacra ... nos llevamos bien"</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>"no, no me visitan"</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>"no, soltero soy"</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>"me ha pasado una desgracia, por venir de aventura a Lima"</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>"no, porque quiero seguir estudiante, mi diente está mal, no hay porcelana, el Estado Peruano no cubre el tratamiento"</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>"mi hermana me ha regalado un par de zapatos"</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>"haber caído en la cárcel"</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>"estoy bien"</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>"no tengo"</i>	
	10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>"sí, nos llevamos bien"</i>	
	11. ¿Qué actividades realiza?	<i>"pulseritas, collares"</i>	

	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“me dijeron que puedo continuar a estudiar”</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“la comida a veces salía con piedritas”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>“piensan que estoy loco, pero no estoy loco”</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“no”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“sí, mas antes ... en un hospital psiquiátrico, tomaba pastillas diario ... sí, me ayudaba un poco”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“no, nadie”</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“yo creo que no tengo la enfermedad mental...las voces me decían que me habían violado, por esto quise violar a la chica...estaba tres años en el penal de Andahuaylas y tres años en el Hospital Hermilio Valdizan, tengo esquizofrenia paranoide, dejé el tratamiento por que no tenía plata, tampoco hay psiquiatras en mi pueblo, vine a Lima, las voces no me dejaban dormir, corte a la mujer”</i>	• Inadecuado manejo socio-médico-legal de la enfermedad mental como factor de comisión del delito
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“creo que las pastillas ya me están haciendo el efecto y pronto me voy a sanar”</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por agredir a dos señoras...no sé”</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“creo que no”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“agredí a dos señoras”</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“nadie”</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“seguir trabajando en la charca para autoeducarme y ser útil para la sociedad”</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“no, ya no, porque pierdo mi tiempo estando en la cárcel”</i>	

	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“quisiera que me matriculan al colegio”</i>	
--	---	--	--

Fuente: elaboración propia

Tabla 49. CASO 9. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : SCJ-34
Expediente legal N° : 165-2015
Materia : Lesiones graves - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.04 Esquizofrenia paranoide con remisión incompleta
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p><i>“...su familia internó en el Hospital “Hermilio Valdizan”, porque sufre de esquizofrenia paranoide”</i></p> <p><i>“...Pericia Psiquiátrica ... trastorno psicótico del espectro esquizofrenia con deterioro cognitivo, debiendo de seguir tratamiento psiquiátrico de por vida y ser supervisado por persona o institución responsable y especializada...”</i></p> <p><i>“...Dictamen Pericial Psicológica Forense ... al momento de la evaluación evidencia trastorno psicopatológico que le impide percibir y evaluar la realidad ...”</i></p>	<p>• Criterios para la declaración de inimputabilidad</p>
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ninguno	
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Lesiones graves	
Circunstancias del delito	<p><i>“...haber causado daño grave en el cuerpo de las agraviadas ... poniendo en peligro inminente la vida de ambas agraviadas ... en circunstancias que la agraviada ... se disponía a cruzar la calle ... el citado acusado premunido de un cuchillo, quien se encontraba sentado en el jardín, arremetió contra su víctima y la atacó a la altura del abdomen, ocasionándole otros cortes más en el brazo y pierna izquierda, para luego sin mediar palabra irse caminando. El mismo día en circunstancias que la co-agraviada ... se encontraba en una tienda con su enamorado, también fue sorprendido por el referido acusado, quien ingresando al local la atacó, ocasionándole un corte en la espalda; ambas agraviadas se sometieron al correspondiente examen médico legal arrojando lesiones ocasionadas por arma de punta y/o filo cortante”</i></p> <p><i>“...siendo que el procesado se abalanzo sobre ella, sintiendo el cuchillo que ingreso a la altura del abdomen ... tumbándola en el suelo y siguió agredirla con el cuchillo con puñaladas ... el procesado se detuvo y se paró, indicando la agraviada que se daba cuenta que quería seguir el ataque pero algo lo detenía, volteó cogió sus cosas donde él había estado sentado y se fue</i></p>	<p>• Límites de la inimputabilidad</p>

	<p><i>caminando...”</i></p> <p><i>“...utilizó un cuchillo con el cual, sin razón alguna, atacó a las agraviadas”</i></p>	
Particularidades del proceso judicial	<p><i>“...la medida de seguridad supone la aplicación de una tratamiento dirigido a evitar que un sujeto peligroso llegue a cometer un delito, siendo los presupuestos para su aplicación: la culpabilidad y peligrosidad, teniendo como base a la proporcionalidad de la medida de seguridad con la peligrosidad delictual del agente, la gravedad del hecho cometido, así como aquellas que probablemente cometerá si no fuera, y por el control judicial que se somete a la medida impuesta, teniendo como finalidad ulterior facilitar el tratamiento del delincuente de acuerdo a sus personalidad para así contener, disminuir o hacer desaparecer causales que hacen del agente un ser considerablemente peligroso...”</i></p> <p><i>“...se objetiva que el acusado ... le correspondería el tercio inferior, esto es, cuatro años por cada una de las agraviadas, lo cual sumado nos da una pena concreta de ocho años...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para la determinación de la duración de la medida de seguridad • Contradicción en la interpretación de la inimputabilidad y las medidas de seguridad
Lugar de la medida de seguridad	<p><i>“... en un Hospital Nacional o Psiquiátrico o Establecimiento Hospitalario Especializado en Psiquiatría...”</i></p>	
Antecedentes delictivos	<p><i>“...sentenciado por delito de violación en grado de tentativa...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo socio-médico-legal de la enfermedad mental como factor de comisión del delito
Otros datos importantes	<p>Ninguno</p>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 50. CASO 10. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): RCJA-43

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigango			Código de registro:	RCJA-43-3.01	
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018-31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm			
Diagnóstico psiquiátrico:		F20.0 Esquizofrenia paranoide				
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aseo y el arreglo personal adecuados				X	
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio					X
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias					X
	6. El paciente ayuda a sus compañeros				X	
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores					X
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros				X	
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas					X
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio				X	
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura			X		
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio				X	
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental			X		
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física				X	
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal			X		
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 51. CASO 10. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 14/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): RCJA-43

Edad: 50 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>"mi mamá, es anciana, vive en mi casa...bien"</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>"mi mamá me visita, me trae cosas"</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>"no"</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>"normal"</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>"no, porque estoy preso"</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>"no recuerdo"</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>"caer preso"</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>"bien"</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>"para salir"</i>	
	10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>"bien"</i>	
	11. ¿Qué actividades realiza?	<i>"apoyo la limpieza"</i>	

	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“cumpleaños”</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“nada”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>“tengo esquizofrenia”</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“esquizofrenia”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“desde joven, me trataba en Larco, Valdizan, EsSalud, el tratamiento me ayudaba a controlar mis impulsos”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“nadie”</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“caí dos veces preso por no tomar bien tratamiento, no había plata”</i>	• Inadecuado manejo socio-médico-legal de la enfermedad mental como factor de comisión del delito
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“tomar mis pastillas”</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“violé a dos niños”</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“sí, si fuera sano, no estaría preso”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“violación de menor”</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“sí, mi primer ingreso era por tocar al niño”</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“trabajar”</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“si tomo pastillas, ya no”</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“nada”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 52.CASO 10. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : RCJA-43
Expediente legal N° : 44041-2009
Materia : Violación sexual de menor de edad en grado de tentativa - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Resolución Directoral del INPE, Ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<i>"...el acusado cuenta con una Historia Clínica, en los hospitales Hermilio Valdizán, Larco Herrera y Edgardo Rebagliati, contando con un diagnóstico previo de Esquizofrenia paranoide, que aunado a ello, es menester indicar que dicha situación también fue advertida por los psiquiatras de la Dirección Médico Forense del Ministerio Público, quienes también consignan dicho diagnóstico..."</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo socio-médico-legal de la enfermedad mental como factor de comisión del delito
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ninguno	
Enfermedades físicas	Diabetes mellitus, tipo II	
Delito	Violación sexual de menor de edad en grado de tentativa	
Circunstancias del delito	<i>"en horas de la mañana, en circunstancias que el agraviado salía de jugar play station, fue interceptado por el procesado ... quien lo sujetó de la mano y condujo a su domicilio, en cuyo interior lo derribó sobre un mueble, despojó su pantalón y prenda íntima para pretender introducir el falo en el ano de la víctima; sin embargo, no logró su propósito"</i> <i>"...se imputa también al procesado, haber violado sexualmente al menor ... en circunstancias que el niño agraviado jugaba por inmediaciones de su domicilio ... el procesado ... se aproximó pretextando invitarle golosinas, conduciendo a su vivienda, en cuyo interior condujo al menor hacia su dormitorio, donde lo derribó sobre el colchó procediendo a despojarse de sus prendas de vestir e íntimas, para introducir el pene en el ano del menor."</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Particularidades del proceso judicial	<i>"...procesado ... aceptó acogerse a los efectos de la mencionada Ley; por lo que oído el alegato correspondiente de su defensor, el Tribuna declaró la Conclusión Anticipada del Juicio Oral...la necesidad de la actividad probatoria puede evitarse, si el acusado, unilateralmente y con la aprobación de su abogado defensor, decide renunciar al contradictorio, en forma libre, voluntaria e informadamente...el imputado o imputados, deben aceptar haber cometido los hechos acusados, allanándose consecuentemente a los términos de la requisitoria fiscal; y</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de la responsabilidad penal y civil por la persona con trastornos mentales graves • Aplicabilidad de la conclusión anticipada del juicio en caso de las personas con trastornos mentales

	<p><i>renunciando de esta manera a la garantía constitucional de la presunción de inocencia”</i></p> <p><i>“...el procesado ... al momento de la ocurrencia de los hechos, incluso antes, presentaba un diagnóstico de esquizofrenia parnoide, conforme a las evaluaciones psiquiátricas antes referidas, lo que lo exime de responsabilidad...”</i></p> <p><i>“...la medida de seguridad de internación en el Hospital de Salud Mental “Hermilio Valdizán Medrano”, por el tiempo de treinta años...”</i></p>	<p>graves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios para la determinación de la inimputabilidad
Lugar de la medida de seguridad	Hospital Hermilio Valdizan	
Antecedentes delictivos	<p><i>“...el procesado ya ha sufrido carcelería y medida de internación en anterioridad, lo que no solo se corrobora con sus antecedentes judiciales sino también con la copia certificada de la Resolución respectiva que obra en autos ... donde fue declarado inimputable...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo socio-médico-legal de la enfermedad mental como factor de comisión del delito • Duración de la medida de seguridad como factor preventivo del delito
Otros datos importantes	Ninguno	

Fuente: elaboración propia

Tabla 53. CASO 11. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): JBEH-29

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	JBEH-29-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Ninguna		
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.0 Esquizofrenia paranoide					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aseo y el arreglo personal adecuados			X		
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación			X		
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio				X	
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros			X		
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores				X	
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros			X		
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas			X		
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura			X		
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio			X		
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental		X			
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física			X		
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal		X			
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 54. CASO 11. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 15/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): JBEH-29

Edad: 42 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mi mamá...trabaja en la chacra”</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“a veces”</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“tengo un hijo, vive con su mamá”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“no sé”</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“no, quiero regresar a mi casa”</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“no sé”</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“que me pegaron”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“bien”</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“quiero salir al hospital”</i>	
	10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“más o menos”</i>	
	11. ¿Qué actividades realiza?	<i>“nada”</i>	

	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>"nada"</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>"nada"</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>"tengo esquizofrenia"</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>"esquizofrenia paranoide"</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>"desde hace tiempo, estuve en Larco varias veces"</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>"nadie"</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>"ya estoy sano"</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>"con pastillas me sané"</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>"no sé, maté al toro de mi mamá"</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>"no"</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>"nada, por gusto me agarraron"</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>"no"</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>"trabajar en la chacra"</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>"nada"</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>"nada"</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 55. CASO 11. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : JBEH-29
Expediente legal N° : 00288-2012-0-0201-SP-PE-01
Materia : Parricidio en grado de tentativa - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Oficio del Hospital Víctor Larco Herrera, Resolución Directoral del INPE, Copia de la Historia Clínica

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p>“...el Protocolo de pericia psicológica... cuyo diagnóstico es el siguiente: “Indicadores de un trastorno psicótico con marcada agresividad”...”</p> <p>“El Oficio... del Hospital “Víctor Larco Herrera”... apreciándose de dicho documento que el acusado ha tenido varios ingresos a dicho Establecimiento de Salud Mental... desde el año 1997 discontinua su asistencia a consulta externa, el año 2000 discontinua la medicación y en noviembre del 2011 reingresa al Hospital a través de emergencia... En Julio del 2011 es atendido por dos días en emergencia por presentar alucinaciones de daño, alucinaciones auditivas, ánimo paranoide y comportamiento agresivo con el entorno familiar. Concluyendo con “Diagnóstico esquizofrenia paranoide F20.0”</p> <p>“...trastorno mental de larga evolución que se inició en el año de mil novecientos novecuatro, hasta el presente año... de lo que se colige concretamente que el peticionante adolece de un trastorno mental de larga evolución, es decir se trata de un agente inimputable...”</p> <p>“La Evaluación Psiquiátrica... cuyo diagnóstico es el siguiente: “1.-Personalidad: paranoide, 2.- Esquizofrenia paranoide, 3.-La persona evaluada presenta trastorno psicótico que la aleja de la realidad – debe recibir tratamiento psicofarmacológico en un hospital del Estado dado su tendencia a la agresividad, para ello debe ser hospitalizado en una institución del Estado, luego ser manejado conforme al criterio de la psiquiatría clínica, 4.- Esta persona no tiene conciencia de enfermedad, realiza doble contabilidad. Disimulación de su enfermedad mental: quiere aparentar estar sano, pero él tiene un cuadro de enfermedad mental progresiva y deteriorante e irreversible crónica, 5. – ... es crónica y de larga data. Requiere asistencia médica, personal, social y legal de forma permanente”</p> <p>“Mi hermano está enfermo desde hace tiempo, tres veces ha estado en el Larco Herrera pero siempre le han dado de alta y no quería tomar sus pastillas por eso recaía y se ha puesto así; yo tengo mucho miedo que lo suelten otra vez porque nos ha amenazado a mí y mi mamá con matarnos”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de la progresión de la enfermedad mental y comisión del delito • Criterios para la determinación de la inimputabilidad • Criterios para determinación de la duración de medida de seguridad
Antecedentes	Ninguna	

psiquiátricos familiares		
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Parricidio en grado de tentativa	
Circunstancias del delito	<p>“...personal policial ... intervino al denunciado ... luego de haber degollado a machetazos a un ganado vacuno de propiedad de la agraviada ... quien resulta ser su madre; asimismo, la agraviada se escondió en un cuarto por temor a que su hijo haga efectiva su amenaza de matarla; toda vez, que aproximadamente un mes en circunstancias que ésta se encontraba sembrando calabaza, el denunciado le arrojó al suelo, torciéndole la cabeza con la finalidad de estrangularla y el día ... en circunstancias que ambos tomaban desayuno el acusado le arrojó un litro de leche en la cara, para luego coger un machete de regular tamaño, con el cual la amenazó con quitarle la vida y si no lo conseguía, le manifestó que mataría a su ganado, como finalmente sucedió. Por otro lado, cabe mencionar que hace aproximadamente tres meses en horas de la madrugada, el denunciante ingresó al dormitorio de su madre, con la finalidad de matarla.”</p> <p>“...refiere ser hijo de la agraviada... fue intervenido por personal policial... al haber degollado a punta de machetazos a su ganado vacuno, al que amarró sobre un poste de cemento de luz que se encontraba en el camino de herradura... dejando al animal sin vida tirando en el camino; no recordándose si quería quitar la vida a su señora madre, refiriendo que está delicado de salud porque cuando piensa mucho pierde la razón y el conocimiento.”</p> <p>“...asimismo, se observa en el camino piedras de diferentes tamaños dispersos en un área aproximadamente de seis metros cuadrados al parecer producto de forcejeo de un animal ganado vacuno...”</p> <p>“...no se considera responsable por el delito que se le imputa e indica que todo es un invento de su madre, acepta que estuvo internado en el Larco Herrera, asimismo, refiere que cuando se fue a la ciudad de Lima, su señora madre botó a su pareja de nombre Norma, al regresar el declarante no la encontró, reclamándole a su madre; agregando que quería que su madre se vaya a la casa de sus hermanas porque su madre no podía llevarse bien ya que cuando era niño la inducía para que esté con ella, no quiere ver a su señora madre ni hablar con ella.”</p> <p>“la personas de... es una persona que tiene problemas de salud mental por cuanto es de conocimiento de todos los moradores que viene tratando de quitarle la vida a su señora madre ... ésta persona puede quitarnos la vida, con el machete que siempre camina...”</p> <p>“Ayer mi hermano le ha querido matar a mi mamá, no es la primera vez que quiere hacerlo...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuado manejo socio-médico-legal de la enfermedad mental como factor de comisión del delito • La tolerancia a la violencia como factor de comisión del delito • Inexplicable crueldad y la ausencia del motivo razonable para el delito cometido
Particularidades del proceso judicial	“El Informe ... emitida por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyonoguchi”; quien informa que el acusado... puede ser internado en los Hospitales Psiquiátricos, Víctor Larco Herrera o Hermilio Baldizan y/o en todo caso en	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para determinación del lugar de medida de seguridad • Criterios para la determinación

	<p><i>atención de la Ley N°29889, en los Hospitales Generales Víctor Ramos Guardia de Huaraz, La Caleta de Chimbote o Eleazar Guzmán de Nuevo Chimbote.”</i></p> <p><i>“En este caso el imputado con las características antes señaladas, por lo que concluimos, que... SI padece de una anomalía psíquica.”</i></p> <p><i>“La apreciación valorativa según la cual el agente no tuvo de esas capacidades [factor intelectual y factor volitivo] en el momento de obrar es de exclusiva competencia del juez.”</i></p> <p><i>“...el procesado... puede conservar la capacidad intelectual y darse cuenta de sus actos; sin embargo, actúa alejado de la realidad, ya que presenta déficit cognoscitivos y de la conciencia, está más bien autista, alejado de la realidad en comportamiento y pensamiento, asimismo no puede distinguir el mal del bien, es decir, no es dueño de su voluntad. En consecuencia, “no sería culpable”...”</i></p> <p><i>“...a imponer será la de internación... “Victor Larco Herrera”... es de cinco años”</i></p>	<p>de la inimputabilidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusión y contradicción en la interpretación de la terminología psiquiátrica, así como de las conclusiones de las pericias psiquiátricas
Lugar de la medida de seguridad	Hospital Víctor Larco Herrera, Hospital Hermilio Valdizan	
Antecedentes delictivos	Ninguno	
Otros datos importantes	Ninguno	

Fuente: elaboración propia

Tabla 56. CASO 12. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): CDWJ-1

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	CDWJ-1-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Manipulador, ganancial, hipocondriaco, conflictivo, poco colaborador, se encuentra aislado		
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.0 Esquizofrenia paranoide F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados			X		
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación			X		
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio		X			
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias		X			
	6. El paciente ayuda a sus compañeros	X				
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores		X			
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros		X			
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas			X		
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura		X			
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio		X			
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental		X			
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física			X		
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal	X				
					Total	

Fuente: elaboración propia

Tabla 57. CASO 12. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 16/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): CDWJ-1

Edad: 23 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide

F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	105. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>"tengo mi madre, padre no tengo, somos seis hermanos, mi mamá está en Brasil...trabajan...con mis tíos me llevo bien"</i>	
	106. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>"sí, mi tía me visita, me trae cosas"</i>	
	107. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>"no"</i>	
Vivencias antes de hospitalización	108. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>"mi vida es trabajar no más"</i>	
	109. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>"no, porque sigo aislado"</i>	
	110. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>"haber visto a mi hermano a progresar"</i>	
	111. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>"colaborador Rodríguez"</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	112. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>"estoy mal acá, porque sigo aislado"</i>	
	113. ¿Qué dificultades tiene?	<i>"no puedo salir, quisiera apoyar a mis compañeros"</i>	
	114. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>"con los colaboradores me llevo bien"</i>	
	115. ¿Qué actividades realiza?	<i>"nada, estoy en mi cuarto todo el día"</i>	

	116. ¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“pasar Navidad libre”</i>	
	117. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“estar encerrado”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	118. ¿Porque está en este servicio?	<i>“porque creían que yo estaba mal”</i>	
	119. ¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“veo borroso, estoy mal de las amígdalas”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	120. ¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“problemas psiquiátricos tengo desde el 2015, me trataba en el Hermilio Valdizan...por paranoia, un poco por droga...me ayudaba descansar, despejar”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	121. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“nadie”</i>	
Percepción de su enfermedad	122. ¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“muchas cosas, las personas me miran medio raro”</i>	
	123. ¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“un grupo de amigos”</i>	
Percepción de su situación legal	124. ¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por no haber firmado...sentenciado”</i>	
	125. ¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“sí, un poco”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	126. ¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“solamente agarré la cartera y la quise jalar, vi al policía y me salí corriendo, pero no robé”</i>	
Antecedentes delictivos	127. ¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“ninguno”</i>	
Proyección a futuro	128. ¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“voy a meterme un duchazo, mi tío me va a dar la ropa y voy a trabajar”</i>	
	129. ¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“no, ya no...está prohibido por la Biblia a robar”</i>	
	130. ¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“en el pabellón me han hecho probar “piedra”, estaba fumando, me tocaban, también me violaban, no se lo dije a nadie por vergüenza”</i>	• Violencia sexual contra las personas inimputables en los pabellones

Fuente: elaboración propia

Tabla 58. CASO 12. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : CDWJ-1
Expediente legal N° : 18543-2014
Materia : Robo agravado en grado de tentativa - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
 F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Certificado de Libertad, Oficio Judicial, Oficio del INPE, Informe del Hospital Hermilio Valdizan, Ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p><i>“Informe Médico Psiquiátrico... el cual concluye: Requiere seguir tratamiento medicamentoso para cuadro sicótico. Requiere tratamiento en programa de rehabilitación para adictos, una vez que este estabilizado de su cuadro psicótico... sufre de una enfermedad mental, esquizofrenia pero que no puede determinar si al momento de cometer al acto delictivo se encontraba consciente de sus actos. En el Informe Médico se le diagnostica al acusado... Esquizofrenia paranoide y Dependencia a la Cocaína y se concluye que requiere seguir tratamiento medicamentoso regular para cuadro psicótico y tratamiento para su adicción a la cocaína.”</i></p> <p><i>“Paciente acude a Consulta Externa del Hospital Hermilio Valdizan el 2014, traído por su tía con síntomas de psicosis y adicción...Alucinaciones auditivas, delusiones paranoides desde los 14 años. Consumo adictivo de la Pasta Básica de Cocaína (PBC) desde los 17 años.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad: apreciación médica • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de la progresión de la enfermedad mental y comisión del delito
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ninguno	
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Robo agravado en grado de tentativa	
Circunstancias del delito	<p><i>“...en circunstancias que la agraviada... se encontraba caminando... fue interceptada por el acusado... quien mediante violencia y provisto de un arma blanca, intenta sustraer de su cartera a la agraviada... la que tenía puesto a la altura del hombro, por lo que se produce un forcejeo, al oponer resistencia la agraviada el acusado en forma amenazante y vociferando palabras soeces, le coloco un cuchillo a la altura del cuello para que suelte el bolso instantes que el efectivo... interviene y logran reducir al inculpado, en circunstancias que trataba de darse a la fuga.”</i></p> <p><i>“...corre en mi contra y se mete a un callejón en... entro lo agarro, alegando que no lo iba a volver hacer...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad

Particularidades del proceso judicial	<p><i>“El Médico Psiquiatra al ser examinado señaló que en el acusado hay un cuadro psicótico, paranoico, esquizofrenia paranoide, no puede, señalar si al momento de cometer el acto delictivo era consciente de lo que estaba realizando y esto porque en aquella fecha no lo estaba evaluando, no se siente suficientemente capacitado para decidir i presentaba este cuadro psicótico, por su adicción a la cocaína y asaltaría a una persona por la necesidad de satisfacer su adicción, eso sí es posible, pero no puede determinar que al momento del acto ilícito se encontraba bajo ese diagnóstico. Para dar una respuesta responsable se debe evaluar al acusado, inmediatamente de haber cometido tal acto delincuencia, si se encuentra en esa angustia, eso lo podría llevar a conductas extremas incluida la ya realizada, del Informe ratificado, al momento de practicársele la evaluación el procesado no era un agente capaz, su conducta era ondulante, el acusado no ha logrado dejar el consumo, su evaluación no ha sido rectilínea a tenido que ver con el consumo de droga mientras tome su medicación será favorable y si la ha dejado será desfavorable.”</i></p> <p><i>“En consecuencia, en este punto el Colegiado puede concluir que el acusado... necesita del tratamiento para que s ele pueda controlar el cuadro psicótico que presenta ante la ausencia del tratamiento, debe estar permanentemente medicado a falta del tratamiento psiquiátrico, no recibir la medicación requerida, esto lo puede a conllevar a conductas extremas y perder la capacidad mental de discernir y no medir sus actos... por lo que el acusado a la actualidad por falta de tratamiento ha decaído y se encuentra en estado de inimputabilidad.”</i></p> <p><i>“...la medida de internación es privativa de libertad y sólo puede aplicarse cuando existe el peligro potencial de que el inimputable pueda cometer en el futuro otros delitos considerablemente graves.”</i></p> <p><i>“En consecuencia, sobre la base del delito cometido, la modalidad de ejecución y del Informe Médico Psiquiatra, se puede concluir la existencia de un alto grado de peligrosidad del acusado y el pronóstico de probabilidad relevante de que el acusado incurrirá en la comisión de nuevos delitos”</i></p> <p><i>“Declarando exento de responsabilidad penal por inimputable...imponiéndole la medida de seguridad de internamiento por el término de cinco años... en el Hospital Hermilio Valdizan”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para la determinación de la inimputabilidad • Contradicción médico-legal en la determinación de la inimputabilidad
Lugar de la medida de seguridad	Hospital Hermilio Valdizan	
Antecedentes delictivos	Ninguna	
Otros datos importantes	Debido a la sentencia, se emitió el Certificado de Libertad, sin embargo, el paciente no fue recibido en el Hospital Hermilio Valdizan, encontrándose físicamente en el establecimiento penitenciario. Tampoco figura dentro del registro de la población penitenciaria, no cuenta con ración de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Grave vulneración de los derechos de las personas inimputables

Fuente: elaboración propia

Tabla 59. CASO 13. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): MSPG-15

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	MSPG-15-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Muy colaborador		
Diagnóstico psiquiátrico:	F20.0 Esquizofrenia paranoide					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados					X
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados					X
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio					X
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias				X	
	6. El paciente ayuda a sus compañeros					X
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores					X
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros				X	
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas					X
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio					X
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura				X	
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio					X
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental				X	
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física				X	
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal				X	
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 60. CASO 13. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 19/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): MSPG-15

Edad: 35 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F20.0 Esquizofrenia paranoide

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	131. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mi padre falleció año pasado, tengo mi mamá, mis hermanos...mi hermano vive en Chile...mi hermana vive con mi madre...me llevo bien con ellos”</i>	
	132. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí, vienen a verme”</i>	
	133. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“no”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	134. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“mi vida es muy buena, a pesar de una muy mala situación que uno pasa”</i>	
	135. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“sí, porque tenemos que vivir hasta que nos vayamos a la otra dimensión”</i>	
	136. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“he viajado a varias provincias del Perú, a conocer”</i>	
	137. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“cuando caí la primera vez en cárcel”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	138. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“normal”</i>	
	139. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“falta de comodidades”</i>	
	140. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“muy buenas”</i>	
	141. ¿Qué actividades realiza?	<i>“Hago mis ejercicios, colaboro con el mantenimiento eléctrico del servicio, hacemos el biohuerto. En el Castro”</i>	• Capacidades de los pacientes inimputables

		<i>era delegado de salud y colaborador del área de hospitalización</i>	
	142. ¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“Cuando hay fiestas, visitas a capellanía, pasacalles”</i>	• Importancia de actividades recreativas y laborterapia para resocialización
	143. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“Cuando se pelaron y era el testigo separando”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	144. ¿Porque está en este servicio?	<i>“Por ser declarado inimputable”</i>	
	145. ¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“Tengo VIH, si las personas hablan incoherencias mi personalidad se altera”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	146. ¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“A partir de los nueve años empecé a sentir molestia, me sentía atormentado, incomodo, invadían mi espacio, no jugaba con mi amigos, prefería estar solo. Les comunicaba estos problemas a mis padres, pero ellos me decían que esto era el producto de vagancia. Toda mi adolescencia me sentía así, que no me escuchaban. Sospechaba que me querían hacer daño las personas con quienes tenía riñas, sentía voces de su madre dentro de su cabeza. Estuve internado en el Hospital Militar, también en Larco Herrera, el tratamiento lo dejaba, mis padres decían que esto es para locos”</i>	• Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de la progresión de la enfermedad mental y comisión del delito
Antecedentes psiquiátricos familiares	147. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“no”</i>	
Percepción de su enfermedad	148. ¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“Cuando entro en cuadro psíquico, empezó a hacer cosas que una persona normal no debe hacer. A los 24 años asesiné a un compañero del servicio militar por problemas de faldas, lo veía como una gran amenaza para mí...dejé el tratamiento en el 2014, no podía dormir, me volví amargado. En el 2015 por problema callejero intenté a robar”.</i>	• Duración de la medida de seguridad como factor preventivo del delito • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de la progresión de la enfermedad mental y comisión del delito
	149. ¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“tomar pastillas”</i>	
Percepción de su situación	150. ¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por cometer el delito”</i>	• Límites de la inimputabilidad

legal	151. ¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“no lo sé, a mí me han sentenciado inimputable”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	152. ¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“el tentativo de robo, porque tal vez necesitaba algo de dinero, sabía que era malo, no me pude controlar”</i>	
Antecedentes delictivos	153. ¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“ninguno”</i>	
Proyección a futuro	154. ¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“voy a tratar de hacer las cosas bien, lo legal o irme al extranjero para tener el mejor futuro”</i>	
	155. ¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“ya no...de tener una mejor enseñanza conductual”</i>	
	156. ¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“nada”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 61. CASO 13. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : MSPG-15
Expediente legal N° : 5998-2015-0
Materia : Robo agravado en grado de tentativa - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F20.0 Esquizofrenia paranoide
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Resolución Directoral del INPE, Informe del INPE, Ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<i>"...el procesado padecía de una enfermedad mental, la cual venía siendo tratada hasta antes de su detención en el Hospital "Víctor Larco Herrera"... la Historia Clínica del acusado, el mismo que concluye:... 2) Estos pacientes por la alteración de las funciones mentales superiores como percepción, pensamiento en especial, se van de la realidad y no son responsables de sus actos, por los que generalmente los familiares los interdicen... el diagnóstico que presenta es una esquizofrenia paranoide..."</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad: apreciación médica • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de la progresión de la enfermedad mental y comisión del delito
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ninguno	
Enfermedades físicas	VIH	
Delito	Robo agravado en grado de tentativa	
Circunstancias del delito	<i>"...aproximadamente a las tres de la mañana, el agraviado... se encontraba en compañía de su amigo... transitando por la avenida... se le acercaron tres sujetos, uno de ellos el coacusado... quien lo cogió del cuello (cogoteo), mientras los otros procesados... le rebuscaban los bolsillos y le sustrajeron... instantes en que efectivos policiales en forma inmediata lograron intervenir a los inculcados a tres cuadras..."</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Particularidades del proceso judicial	<i>"...y puesto en conocimiento del acusado, sobre el alcance de la Ley N°28122 denominada "Ley de conclusión anticipada del Proceso", se acogió a los beneficios de esta Ley, conforme es de verse del Acta respectiva, declarándose la conclusión anticipada del debate oral estando a su confesión sincera; solicitando el uso de la palabra su abogada defensora, manifestando que el acusado sufre de esquizofrenia lo que lo hace un inimputable... recabándose la Pericia Psiquiátrica en la que concluye que "es portador del trastorno psicótico, tipo esquizofrenia paranoide siendo incurable en la actualidad para la psiquiatría y solo tratable los síntomas"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para la determinación de la inimputabilidad • Contradicción médico-legal en la determinación de la inimputabilidad • Aceptación de la responsabilidad penal y civil por la persona con

	<p><i>positivos con medicación antipsicótica, siendo el pronunciamiento final de la señora fiscal, declarársele inimputable...”</i></p> <p><i>“...el acusado... acepta la comisión del delito...”</i></p> <p><i>“...declarar inimputable...impusieron: la medida de seguridad de internación, por el periodo de seis años... que la medida se haga efectiva en el área de Salud del Establecimiento Penal de Lurigancho – área de salud mental...”</i></p>	<p>trastornos mentales graves</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicabilidad de la conclusión anticipada del juicio en caso de las personas con trastornos mentales graves • Bases médico-legales para determinación del lugar de medida de seguridad como EP Lurigancho
Lugar de la medida de seguridad	Área de Salud del Establecimiento Penal de Lurigancho – área de salud mental	
Antecedentes delictivos	<p>Sentenciado como inimputable por homicidio, con medida de seguridad de 4 años en el HVLH</p> <p><i>“...no registra antecedentes penales, lo que le da la calidad de agente primario...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia del registro de las personas inimputables • Duración de la medida de seguridad como factor preventivo del delito
Otros datos importantes	<i>“...la historia clínica del interno... no aparece en el sistema de los años 2007-2008, por cuanto que la computadora se malogró y se perdió las informaciones...”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 62. CASO 14. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): MVVF-18

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	MVVF-18-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Altamente manipulador		
Diagnóstico psiquiátrico:	F12.2 Dependencia de cannabinoides F60.2 Trastorno disocial de personalidad					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados				X	
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación			X		
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio			X		
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias			X		
	6. El paciente ayuda a sus compañeros		X			
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores			X		
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros			X		
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas				X	
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura			X		
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio		X			
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental	X				
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física				X	
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal		X			
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 63. CASO 14. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 20/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): MVVF-18

Edad: 24 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F12.2 Dependencia de cannabinoides

F60.2 Trastorno disocial de personalidad

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	157. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mis padres, mis hermanos...trabajan...me llevo bien con ellos”</i>	
	158. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí, me visitan, me traen mis cosas”</i>	
	159. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“no tengo pareja, tengo una hija, está con su mamá”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	160. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“fastidiada”</i>	
	161. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“no, quiero estar en mi casa”</i>	
	162. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“no recuerdo”</i>	
	163. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“estar preso”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	164. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“no me gusta”</i>	
	165. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“quiero salir al pabellón”</i>	
	166. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“más o menos”</i>	
	167. ¿Qué actividades realiza?	<i>“acá no hay nada para hacer”</i>	

	168. ¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“nada”</i>	
	169. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“estar aislado”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	170. ¿Porque está en este servicio?	<i>“no sé porque estoy en el penal, me tienen acá injustamente, debo estar en el hospital, mi familia le pagó al juez para que me declaren inimputable”</i>	• Límites de la inimputabilidad
	171. ¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“nada, estoy sano”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	172. ¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“estuve en el Valdizan en el 2012 durante un año y dos meses por esquizofrenia en el servicio de adictos...antes consumía marihuana no más”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	173. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“nadie”</i>	
Percepción de su enfermedad	174. ¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“nada”</i>	
	175. ¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“estoy bien, quiero mi alta”</i>	
Percepción de su situación legal	176. ¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“injustamente, debo estar en el hospital”</i>	
	177. ¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“no sé”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	178. ¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“nada”</i>	
Antecedentes delictivos	179. ¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“no”</i>	
Proyección a futuro	180. ¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“trabajar”</i>	
	181. ¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“no”</i>	
	182. ¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“nada”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 64. CASO 14. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : MVVF-18
Expediente legal N° : 16551-2014
Materia : Robo agravado - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F12.2 Dependencia de cannabinoides
 F60.2 Trastorno disocial de personalidad
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficio Judicial, Oficio del INPE, Ficha RENIEC

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p><i>“El procesado cuenta con Historia Clínica... en el Hospital Hermilio Valdizán... la cual señala que el citado procesado es un paciente de Psiquiatría al presentar enfermedad crónica discapacitante que le ha provocado disfunción familiar, e ingresa por presentar desorganización conductual, agitación psicomotriz y consumo de sustancias psicoactiva. Y, anota que al examen auxiliar practicado arroja metabolito de marihuana positivo.”</i></p> <p><i>“La Pericia Psicológica Establecimientos Penales... practicada al procesado, concluye que después de evaluar al procesado son de la opinión que presenta personalidad antisocial.”</i></p> <p><i>“La Pericia Psiquiátrica Establecimientos Penales... concluye que luego de evaluar al procesado y revisar la Evaluación Psiquiátrica de Post Facto... presenta esquizofrenia paranoide, consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, requiere supervisión permanente por persona o institución responsable. Requiere de tratamiento medico especializado por psiquiatría... En el caso en consideración es también importante el consumo perjudicial o abuso de sustancias psicoactivas (patología dual) que incrementan los síntomas descritos y dificultan el tratamiento.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ninguno	
Enfermedades físicas	TBC	
Delito	Robo agravado	
Circunstancias del delito	<p><i>“...en circunstancias que el agraviado... transitaba por inmediaciones de la intersección... fue interceptado por el procesado... y tres sujetos no identificados quienes lo rodearon y empezaron a golpear al agraviado en diferentes partes del cuerpo causándole lesiones... con la finalidad de reducirlo y que no ofrezca resistencia...consumado el desapoderamiento, el procesado y los otros tres sujetos se dieron a la fuga...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad

<p>Particularidades del proceso judicial</p>	<p><i>“...dada la afirmación categórica de los peritos psiquiatras de que el ciudadano procesado padece enfermedad mental irreversible que lo hace inimputable...”</i></p> <p><i>“...al declarar en el juicio oral niega los cargos imputados en su contra, se declara inocente, afirma estar tomando medicinas y quiere que lo lleven al HHV donde también hay custodios...”</i></p> <p><i>“...el citado procesado registra Historia Clínica en el Hospital Hermilio Valdizan, y los Peritos Psiquiatras del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público luego de de evaluarlo personalmente y de tener a la vista su Historia Clínica registrada en el antedicho Hospital, concluyen que son de la opinión que... presenta “...esquizofrenia paranoide. Consumo perjudicial de sustancias...”</i></p> <p><i>“Los señores Peritos han señalado que la esquizofrenia paranoide que padece el procesado es un trastorno mental, genético; que la esquizofrenia paranoide es una enfermedad irreversible, y que el consumo de sustancias psicoactivas, esto es drogas, que alteran gravemente la capacidad de discernimiento y control de la voluntad por lo que requiere de un tratamiento especializado por institución responsable.”</i></p> <p><i>“Que si bien en autos se encuentra acreditado el ilícito penal, al ser el procesado inimputable, esto es un sujeto no consciente de sus actos, no le corresponde aplicar una pena, sino una medida de seguridad debido a su estado de salud mental.”</i></p> <p><i>“De tal modo, estando a la enfermedad mental de carácter irreversible que el procesado padece permite determinarlo como un sujeto inimputable...dado que el procesado, según lo expresado los señores Peritos Psiquiatras debe recibir tratamiento especializado y medicación bajo supervisión”</i></p> <p><i>“...las medidas de seguridad no suponen la amenaza de un mal en el caso de que se cometa un delito, sino un tratamiento dirigido a evitar que un sujeto peligroso nuevamente llegue a cometerlo. No obstante ello, desde la perspectiva constitucional, la medida de seguridad de internación se justifica no sólo porque persigue evitar la comisión de futuros delitos, sino también porque su finalidad es la recuperación de la persona. Por ello, es una exigencia constitucional que, a fin de que dicha medida cumpla su finalidad, la persona sea internada en un centro hospitalario que cuente con tratamiento médico especializado y la adecuada atención profesional.”</i></p> <p><i>“...declararon inimputable... le impusieron la medida de seguridad de internación por el periodo de ocho años que deberá cumplir en el Centro Hospitalario Penitenciario del Instituto Nacional Penitenciario...”</i></p> <p><i>“...se ha dispuesto el internamiento del inimputable... en el Área de Salud Mental del Establecimiento Penal de Lurigancho, a efecto de que cumpla con la medida de seguridad de internación por ocho años... que deberá cumplir con dicho Centro Hospitalario... que sea sometido al tratamiento terapéutico que le corresponda en la citada Clínica Penitenciaria bajo responsabilidad del Instituto Nacional Penitenciario...”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios para la determinación de la inimputabilidad • Contradicción médico-legal en la determinación de la inimputabilidad • Contradicción en la determinación del lugar de la medida de seguridad • Bases médico-legales para determinación del lugar de medida de seguridad como EP Lurigancho
---	--	---

Lugar de la medida de seguridad	Área de Salud Mental del Establecimiento Penal de Lurigancho	
Antecedentes delictivos	Ninguna	
Otros datos importantes	Ninguno	

Fuente: elaboración propia

Tabla 65. CASO 15. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): SPPD-35

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	SPPD-35-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Poco colaborador, impulsivo		
Diagnóstico psiquiátrico:	F19.7 Trastorno de personalidad y de comportamiento debido a la dependencia de múltiples sustancias psicoactivas. F60.2 Trastorno disocial de personalidad					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados			X		
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación		X			
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio			X		
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias			X		
	6. El paciente ayuda a sus compañeros		X			
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores			X		
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros		X			
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas			X		
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura		X			
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio		X			
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental	X				
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física		X			
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal	X				
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 66. CASO 15. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 21/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): SPPD-35

Edad: 24 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F19.7 Trastorno de personalidad y de comportamiento debido a la dependencia de múltiples sustancias psicoactivas.

F60.2 Trastorno disocial de personalidad

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mi mamá, mis hermanos, también mi papá...en Puerto Maldonado...bien”</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí, me visitan”</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“no, nada”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“tranquila, trabajo a veces”</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“sí, simplemente porque estoy satisfecho”</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“mis estudios que estudié”</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“nada malo”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“bien, tranquilo”</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“nada de problemas”</i>	
	10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“todo bien”</i>	

	11.¿Qué actividades realiza?	<i>“aseo personal”</i>	
	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“nada bueno, todo normal”</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“nada malo, todo normal”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>“por homicidio”</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“nada”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“no”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“nadie”</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“bien”</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“nada, estoy bien”</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por homicidio”</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“nada”</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“homicidio de mi papá...por problemas...con un cuchillo en la espalda”</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“mi cuñado está en la cárcel”</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“trabajar”</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>“no”</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>“nada”</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 67. CASO 15. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : SPPD-35
Expediente legal N° : 00147-2014
Materia : Lesiones graves - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F19.7 Trastorno de personalidad y de comportamiento debido a la dependencia de múltiples sustancias psicoactivas.
 F60.2 Trastorno disocial de personalidad
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Actas de las audiencias judiciales, Oficio Judicial, Oficio del INPE, Resolución directoral del INPE, Ficha RENIEC, Ficha de identificación penal, copia de la Historia Clínica, Formato de trámites de la PNP.

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	Hoja de referencia MINSA: “ <i>Sd. Ansioso-depresivo F41.9; Esquizofrenia F20.9; Drogadicción F19.2...Trastorno de personalidad esquizotípico F21</i> ” “...pericia psiquiátrica que fuera emitida por parte del Médico Perito Psiquiatra Legista... 1. Trastorno mental ocasionado por consumo de sustancias y alcohol... 2. Dependencia a sustancias. 3. Personalidad de rasgos esquizoides y disociales...” “...paciente vive solo... partir de los 12 años ingiere de todo pasta, marihuana, alcohol ha sido visto por psicólogos e inclusive ha estado en un Centro de Rehabilitación por 06 meses”	• Límites de la inimputabilidad
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ninguno	
Enfermedades físicas	Ninguna	
Delito	Lesiones graves	
Circunstancias del delito	“...el agraviado... se encontraba descansando en su habitación junto a su conviviente... cuando repentinamente se presenta el acusado... ingresando a la habitación de sus padres donde agrede físicamente a su progenitora... con un golpe a la altura de su mejilla, frente a ello el agraviado le reclama por su conducta, instante en que el hoy acusado sale del dormitorio de sus padres para dirigirse a su habitación yendo detrás su progenitor... a fin de reclamarle por su actitud, por tales circunstancias el hoy acusado coge un cuchillo de cocina que tenía en su habitación y persigue a su progenitor quien sale corriendo y gritando, es así que de manera violenta y sin mediar motivos razonables el acusado cesto una puñalada en la parte lateral izquierdo del tórax de su padre, ocasionándole cortes en la espalda para luego darse a la fuga dejando su progenitor	• Límites de la inimputabilidad • Inexplicable crueldad y la ausencia del motivo razonable para el delito cometido

	<p>tendido en el patio siendo auxiliado por sus vecinos y familiares...ha cometido el hecho de acuchillar a su papá porque lo molestaba..."</p> <p>"...ha indicado que no se arrepentía de nada..."</p>	
Particularidades del proceso judicial	<p>"...por lo tanto el Ministerio Público cree correspondiente que el periodo de 05 años sería un periodo preciso tanto para la rehabilitación del investigado..."</p> <p>"...en el momento de la evaluación se le ha visto alejado de la realidad..."</p> <p>"Abogado de la parte agraviada: Conforme se ha podido escuchar, el diagnóstico del especialista, el señor siquiatra y también del Ministerio Público el joven investigado no puede estar fuera de un tratamiento para su recuperación, esto implica en el eventual caso de que se pusiera en libertad o el mata a sus hermanos, a sus hijos, a los vecinos, o a él lo matan, no hay otra alternativa... que se le interne a un centro psiquiátrico..."</p> <p>"...se va a probar efectivamente que el hoy acusado sufre de trastorno mental, y con la evaluación del perito correspondiente se va a acreditar tal situación por lo que solicita se dicte 05 años de internamiento para su tratamiento correspondiente..."</p> <p>"Juez: Se puede determinar entonces que el señor... al momento de los hechos, cuando causa estas heridas mortales a su progenitor, el comprendía la gravedad de lo que estaba haciendo, el comprendía que era un delito? PERITO: La comprensión era bastante limitada, la reacción ha sido exagerada, por lo que él considera supuestamente una discusión"</p> <p>"...propio Perito... quien al haberse sometido al contrainterrogatorio en este juicio oral, ha señalado que el acusado se encuentra con una atención disminuida, al igual que la capacidad de concentración y que su inteligencia se encuentra por debajo de los parámetros normales... consecuencia del consumo de sustancias y de alcohol..."</p> <p>"...el hoy acusado es un individuo peligroso, que siempre debe estar bajo la tutela de otra persona o de una institución especializada..."</p> <p>"...un proceso de una persona que sufre de esquizofrenia..."</p> <p>"...efectivamente las conclusiones a las que arribo el examen permiten también afirmar que el deterioro mental del investigado no le habría permitido comprender las consecuencias y la gravedad del hecho que produjo, más aún que de las conclusiones también se advierte que no muestra ningún grado de arrepentimiento de la conducta y el Medico presente ha señalado que la reacción fue totalmente desproporcional a la aparente provocación."</p> <p>"...las llamadas psicopatías o personalidades psicopáticas encuentran un déficit, es de difícil tratamiento en el Derecho Penal, pues la psiquiatría no define claramente que es una psicopatía, en ese sentido, dado esta falla correspondiente que proviene del campo psiquiátrico, no podemos decir como trataremos a psicópata en el Derecho Penal, pues si por psicopatía consideramos al sujeto que tiene una atrofia absoluta e irreversible de su sustento ético es decir un sujeto incapaz de seguir normas de conductas, el psicópata no tendrá capacidad para comprender la antijuricidad de su conducta y por ende será inimputable, y analizando la Evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Criterios para la determinación de la duración de la medida de seguridad • Contradicción médico-legal en la determinación de la inimputabilidad • Contradicción en la determinación del lugar de la medida de seguridad • Bases médico-legales para determinación del lugar de medida de seguridad como EP Lurigancho • Prejuicios y conocimiento inadecuado al respecto de la patología mental y su manejo médico-social por parte de administradores de justicia • Ineficiencia del sistema estatal incluyendo las autoridades penitenciarias para afrontar el problema de los pacientes con trastornos mentales vulnerando sus derechos fundamentales

	<p><i>Psiquiátrica... se tiene pues que este tiene personalidad de rasgos esquizoides y disociales, por lo que a criterio de este colegiado, evaluando dicho examen psiquiátrico el acusado es inimputable, en ese sentido el acusado al momento de efectuar los hechos no tenía capacidad de culpabilidad...”</i></p> <p><i>“De otro lado también se tiene, que el Ministerio Público ha señalado que existe un alto grado de dificultad de encontrar un Centro Médico dedicado a la atención de enfermedades mentales que pueda acoger durante el tiempo que falta, para el proceso judicial al investigado y más aún (mucho más importante) durante la posible pena a imponer, motivo por el cual se ha propuesto durante el trascurso de la audiencia la remisión del investigado al Centro Penitenciario de Lurigancho que es el único local de esta naturaleza, administrado por el IMPE a nivel nacional...”</i></p> <p><i>“...ordenó su traslado al pabellón psiquiátrico al penal de San Juan de Lurigancho... el INPE... no cumplió con lo ordenado... y el investigado se encuentra más de 4 meses sin recibir tratamiento alguno sin las condiciones necesarias...”</i></p> <p><i>“...al desquiciado mental no se le puede resocializar pues este necesita un tratamiento especializado, siendo ello así se debe declarar inimputable al acusado.”</i></p> <p><i>“Declarando inimputable y exento de responsabilidad penal...ordenamos el internamiento del acusado... en el Pabellón Psiquiátrico del Establecimiento Penitenciario de San Juan de Lurigancho, por espacio de 05 años.”</i></p>	
Lugar de la medida de seguridad	Servicio de psiquiatría del EP Lurigancho	
Antecedentes delictivos	Ninguno	
Otros datos importantes	Mediante el oficio, el Establecimiento Penitenciario de Puerto Maldonado solicita al director del Establecimiento Penitenciario Lurigancho la recepción del paciente en cumplimiento del fallo judicial. Mediante el Formato de trámites de la Policía Nacional del Perú el director lo deriva al Área de Salud con una nota a mano con una letra imprenta: <i>“INFORMAR QUE NO HAY CUPO X ESTAR HACINADO Y NO HAY CAMAS DISPONIBLES”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conciencia y voluntad por parte de autoridades penitenciarias para afrontar el problema de los inimputables vulnerando sus derechos fundamentales

Fuente: elaboración propia

Tabla 68. CASO 16. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): FHJL-7

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho		Código de registro:	FHJL-7-3.01		
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018- 31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales: Muy colaborador		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm			
Diagnóstico psiquiátrico:	F60.2 Trastorno disocial de personalidad F20.08 Esquizofrenia paranoide, otra forma de evolución F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados				X	
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación				X	
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio				X	
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias					X
	6. El paciente ayuda a sus compañeros					X
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores					X
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros					X
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas					X
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio			X		
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura				X	
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio			X		
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental				X	
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física					X
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal				X	
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 69. CASO 16. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 22/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal
Luriganchó

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Nombre del paciente (codificado): FHJL-7

Edad: 44 años

Grado de Instrucción: Secundaria

Diagnóstico psiquiátrico: F60.2 Trastorno disocial de personalidad

F20.08 Esquizofrenia paranoide, otra forma de evolución

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	183. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“mi papá, mi mamá, mis tres hermanos...trabajan como obreros...bien”</i>	
	184. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“sí...me mandan dinero”</i>	
	185. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“sí, mi esposa y un hijo de 8 años...mi esposa lo cuida”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	186. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“difícil y complicada”</i>	
	187. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“sí...porque tengo mi familia”</i>	• Importancia del factor familiar en la calidad de vida del paciente inimputable
	188. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“ser padre”</i>	
	189. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“cuando era niño, era infeliz”</i>	
Vivencias en el servicio de	190. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“mal, no hay agua, la alimentación es mala”</i>	
	191. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“estoy con artrosis, tengo limitaciones para mi tratamiento y</i>	

psiquiatría del penal		<i>alimentación, también para el ingreso de la medicina</i>	
	192. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“bien”</i>	
	193. ¿Qué actividades realiza?	<i>“lectura”</i>	
	194. ¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>“nada”</i>	
	195. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>“la muerte de mis compañeros”</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	196. ¿Porque está en este servicio?	<i>“por medida de seguridad”</i>	
	197. ¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>“sí...tengo esquizofrenia y trastorno de la personalidad, artrosis, tendinitis”</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	198. ¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>“hace años...sí, en Larco Herrera...bien, me ayudo”</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	199. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>“mi mamá estaba enferma de los nervios, desde hace quince años tiene Parkinson”</i>	
Percepción de su enfermedad	200. ¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>“bastante, cuando no tomo la medicina me imaginaba cosas, me sentía mal, me amargaba rápido”</i>	
	201. ¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>“amor y medicina”</i>	
Percepción de su situación legal	202. ¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>“por homicidio...sentenciado a quince años de medida de seguridad”</i>	
	203. ¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>“sí, soy inocente, pero por mi enfermedad no puede defenderme bien...además cometí el homicidio anteriormente por no tomar mi tratamiento”</i>	• Inadecuado manejo médico-social como factor de comisión del delito
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	204. ¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>“no he cometido ningún delito, me sindicaron a pesar que no tenía nada que ver, hay muchas contradicciones en mi caso, no hay una sola prueba contra mí”</i>	
Antecedentes delictivos	205. ¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>“es mi quinto ingreso”</i>	
Proyección a futuro	206. ¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>“trabajar y estar con mi familia”</i>	
	207. ¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué	<i>“he cambiado bastante con mi medicación, no creo”</i>	

	depende esto?		
	208. ¿Algo más que me quisiera comunicar?	"nada"	

Fuente: elaboración propia

Tabla 70. CASO 16. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : FHJL-7
Expediente legal N° : 433-13 (Corte Superior)
 1228-2014 (Corte Suprema)
Materia : Homicidio Calificado - Asesinato - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F60.2 Trastorno disocial de personalidad
 F20.08 Esquizofrenia paranoide, otra forma de evolución
 F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Sentencia de la Corte Suprema, Oficio Judicial, Ficha RENIEC, copia de la Historia Clínica.

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p>“...de la pericia psiquiátrica... la persona evaluada presenta trastornos de tipo psicótico...”</p> <p>“...Evaluación Psiquiátrica... 1)trastorno Psicótico de tipo esquizofrenia paranoide; 2) inteligencia con deterioro psicótico.”</p> <p>“...El informe médico... que señala: “...El paciente a pesar de no seguir un tratamiento regular se muestra adecuado en entrevista, aporta bien los datos, está organizado en su conducta, no es agresivo y niega los síntomas psicóticos...”</p> <p>“...El informe médico... el mismo que señala: “...nunca ha recibido un tratamiento regular, sin embargo en las entrevistas no se ha encontrado un cuadro agudo de psicosis... prevalece su diagnóstico (esquizofrenia paranoide) pero debe agregarse el trastorno de personalidad disocial y trastorno mental y del comportamiento por consumo de benzodicepina”</p> <p>“Debe continuar su tratamiento psiquiátrico, no requiriendo internamiento psiquiátrico. Su patología es crónica, con discapacidad permanente y parcial”</p> <p>“F20.0 Esquizofrenia paranoide, Síndrome Frontal (Agresión)”</p>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	Ninguno	
Enfermedades físicas	Ninguno	
Delito	Homicidio Calificado - Asesinato	
Circunstancias del delito	“...se imputa al inculpado, que conjuntamente con los sentenciados... quienes habían recibido el encargo de asesinar al agraviado, los mismos que estaban premunidos con armas de fuego	• Límites de la inimputabilidad

	<p><i>dispararon contra el agraviado causándole la muerte para seguidamente fugar en el vehículo que era conducido por el inculgado...”</i></p> <p><i>“...en dicho ilícito también participó el inculgado... y que éste habría contactado a dichos sentenciados para que realicen el crimen y que según la testimonial del sentenciado... sindicó a su co sentenciado... y a tal... quienes bajaron del vehículo y dispararon contra el agraviado, mientras que dicho testigo se encontraba al volante del vehículo en compañía del inculgado... y una vez efectuado el crimen dichas personas ejecutantes, subieron al auto y se dieron a la fuga, y además los dos testigos dijeron que las ordenes fueron dadas por el inculgado... no teniendo conocimiento de quien será el autor o autores intelectuales de la muerte del citado agraviado.”</i></p> <p><i>...la participación del acusado... ha sido el del marcaje del agraviado... salió al carro donde se encontraba el deponente y una vez que abordó el agraviado una mototaxi, dio la orden de seguirlo... quien daba las órdenes era el inculgado...”</i></p>	
<p>Particularidades del proceso judicial</p>	<p><i>“... tipo psicótico, se caracteriza fundamentalmente, con el alejamiento de la persona a la realidad, son personas que no se encuentran vinculadas a la realidad; y, en cuanto, la esquizofrenia paranoide, existen alteraciones fundamentalmente en los niveles de la inteligencia, de la percepción con presencia de alucinaciones, en el pensamiento, con ideas que se apartan de la realidad, incoherencia del pensamiento que se encuentran disgregado, hay alteraciones cualitativas, pensamiento sonoro, y características que lo alejan de la realidad, en cuanto a su memoria esta se encuentra interferida por su alteración mental, alteraciones en el afecto, alteraciones de la voluntad, la conducta. Son características que el individuo presenta de manera crónica, es decir, están a lo largo del tiempo y no son sujetos de mejora, esta enfermedad progresan de manera continua, llega al deterioro de la persona, pierde la capacidad para relacionarse socialmente, por lo que deben de estas supervisados por otros, no tiene la capacidad de darse cuenta que están enfermos y requieren de supervisión permanente sea por persona o institución responsable, dentro de su cuadro requieren tratamiento permanente por la especialidad médica de psiquiatría o con medicamentos que se llaman psicóticos que actúan especialmente en los síntomas positivos de la enfermedad, sin embargo esta medicación no altera el transcurso de la enfermedad, no se cura, solo se atenúa.”</i></p> <p><i>“Asimismo en el momento de evaluarse, se encontraba con síntomas activos, no había signos de que había recibido medicación, en el momento de la evaluación el paciente estaba desconectado de la realidad, además la enfermedad produce deterioro, es decir produce acciones definitivas sobre determinadas funciones mentales fundamentalmente sobre la actividad cognoscitiva del individuo... individuo tiene dificultades de tipo social...”</i></p> <p><i>“...no pueden desempeñarse de manera independientes, por lo general no desempeña, en alguno caso podrían desempeñar tareas simples, en este caso se ha hallado con signos activos, cuando no está activo, desaparecen los síntomas activos por la medicación y tienen otros síntomas que se llaman negativos, que son abulia, la apatía que también inferen en el desarrollo de la actividad</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Criterios para la determinación de la duración de la medida de seguridad • Contradicción médico-legal en la determinación de la inimputabilidad • Contradicción en la determinación del lugar de la medida de seguridad • Bases médico-legales para determinación del lugar de medida de seguridad como EP Lurigancho • Conocimiento inadecuado al respecto de la patología mental y su manejo médico-social por parte de administradores de justicia • Ausencia del sistema de identificación y tratamiento de las personas privadas de libertad con trastornos psiquiátricos • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de comisión del delito

normal, y indudablemente no tienen control, para pensar de una manera lógica y racional, y su voluntad es inadecuada, pobre control de los impulsos, no tienen capacidad para emitir juicio, ni para expresar su voluntad de manera simple, se ha visto con síntomas activos, depende de las capacidades remanentes y de sus antecedentes, si ha tenido educación adecuada, nivel inteligencia alto, vínculo social, etc. en general estas condiciones que hemos descrito se van deteriorando a lo largo del tiempo con el transcurso de la enfermedad No es cuanto al diagnóstico por lo que se requiere la historia, sino fundamentalmente para saber si la persona puede reinsertarse socialmente, especialmente para ver si tienen capacidades, son presiones de tipo clínico que diagnóstico, el diagnóstico es esquizofrenia paranoide, no hay duda es incapaz absoluto e inimputable, él puede ser sujeto de tratamiento, y va a recuperar algunas acciones, la conciencia esta normal, se ve que la persona no ha perdido la conciencia, está despierto lucido, está alerta, está orientado, sabe que día es, sabe quién es, sabe su nombre; pero; cuando entra en periodo de crisis puede aumentar sus síntomas, y hay periodos en los que sus síntomas se atenúan, hay una variabilidad no es constante la situación de sicosis de alejamiento total, lo que hay son alteraciones interferencias en la memoria pensamiento, en el afecto, que va a intervenir y distorsionar su capacidad para entender las cosas, la persona por lo menos no se pierde la capacidad de conciencia. Son características que el individuo presenta de manera crónica, es decir, están a lo largo del tiempo y no son sujetos de mejora, esta enfermedad progresan de manera continua, llega al deterioro de la persona, pierde la capacidad para relacionarse socialmente, por lo que deben de estas supervisados por otros, no tiene la capacidad de darse cuenta que están enfermos y requieren de supervisión permanente sea por persona o institución responsable, dentro de su cuadro requieren tratamiento permanente por la especialidad médica de psiquiatría...”

“De lo expuesto en líneas precedentes queda establecido que el procesado ha involucionado en su estado psíquico, al advertirse la grave alteración respecto de la realidad que sufre el acusado en la fecha actual. Si bien su comportamiento al momento de la comisión de los hechos no se encontraba dentro de los alcances del artículo 20° del Código Penal...”

“Al respecto, tenemos que el imputado es una persona que al momento de los hechos era capaz de conocer lo injusto o simplemente de entender que la conducta que realizaba no era apropiada y podría reconocer que tuvo la opción de actuar de manera distinta ya que eso los haría merecedores de una pena o sanción (reproche social). No obstante ello hallamos ante una persona que, como en el presente caso, ha sido diagnosticada con una enfermedad o cuadro de tipo mental que lo abstrae totalmente de la realidad, siendo que el procesado... ha sido diagnosticado con “Esquizofrenia paranoide”, cuadro mental que hace del procesado una persona que debe ser declarada inimputable a fin de que reciba el tratamiento psicoterapéutico adecuado, toda vez que el juzgador no puede actuar indiferente al estado actual que se encuentra el acusado, dada la peligrosidad advertida.”

	<p><i>“Otro punto relevante es el hecho de que el acusado... registra cuatro condenas...con lo que permite inferir que manifiesta el alto grado de peligrosidad en su actuar, con altas posibilidades de volver a incurrir en acciones de naturaleza típica (delito) demostrando el alto grado de peligrosidad del agente inimputable”</i></p> <p><i>“En lo que respecta al lugar de cumplimiento de la medida de seguridad, sobre el particular un establecimiento penitenciario no cumple con los requisitos y garantías mínimas para el tratamiento de un paciente de tipo mental, por lo que corresponde su internamiento en un nosocomio especializado en tratamiento para pacientes mentales.”</i></p> <p><i>“Declarando la responsabilidad penal... inimputable... impusieron: la medida de seguridad de internación por el periodo de quince años... que la medida se haga efectiva en el área de Salud del Establecimiento Penal de Lurigancho – área de salud mental...fijaron: ... monto que, por concepto de reparación civil, deberá abonar la sentenciada a favor de agraviado...”</i></p> <p><i>“...declaró responsable penalmente e inimputable...”</i></p> <p><i>“No haber nulidad en la sentencia...”</i></p>	
Lugar de la medida de seguridad	Establecimiento Penal de Lurigancho – Área de salud mental	
Antecedentes delictivos	<i>“...cuenta con cuatro condenas de los cuales dos condenas son el delito de Homicidio Simple (año 1994 y 2009), una condena por Robo Agravado (año 1997), una condena por el delito de Terrorismo...”</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de comisión del delito
Otros datos importantes	Ninguno	

Fuente: elaboración propia

Tabla 71. CASO 17. Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado): PSM-26

Lugar:	Servicio de Psiquiatría del EP Lurigancho	Código de registro:	PSM-26-3.01			
Situación:	Actividades diarias programadas					
Periodo:	01.10.2018-31.10.2018	Hora inicio:	8 am	Anotaciones adicionales:		
Observador:	Investigador principal	Hora final:	2 pm	Agresivo, desafiante, manipulador		
Diagnóstico psiquiátrico:	F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas F60.2 Trastorno disocial de personalidad					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados			X		
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados				X	
	3. La expresión facial acorde a la situación			X		
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio		X			
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias		X			
	6. El paciente ayuda a sus compañeros	X				
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores		X			
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros		X			
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas			X		
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educativas del servicio		X			
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura		X			
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio	X				
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental		X			
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física		X			
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal	X				
Total						

Fuente: elaboración propia

Tabla 72. CASO 17. Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Fecha: 23/11/2018

Hora de Inicio: 9 am

Hora de término: 10-30 am

Entrevistador: Investigador principal

Ambiente de realización de la Entrevista: Consultorio de Psiquiatría del EP

Lurigancho

Nombre del paciente (codificado): PSM-26

Edad: 30 años

Grado de Instrucción: Superior

Diagnóstico psiquiátrico: F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas

F60.2 Trastorno disocial de personalidad

Subcategorías	Preguntas	Respuestas	Unidades de Análisis Emergentes
Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	<i>“dos personas que según ellos son mis padres biológicos, pero no puedo confirmar esto”</i>	
	2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	<i>“hay personas que me visitan”</i>	
	3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	<i>“no”</i>	
Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	<i>“estoy extremadamente cansado porque no he dormido en 16 meses, aproximadamente cinco mil presos me amenazan”</i>	
	5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	<i>“soy víctima de secuestro...mi cuerpo está en peligro”</i>	
	6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	<i>“no sé”</i>	
	7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	<i>“hay miles, son muy tristes”</i>	
Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	<i>“nada”</i>	
	9. ¿Qué dificultades tiene?	<i>“tengo hambre, sueño y sed”</i>	
	10.¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	<i>“nada”</i>	
	11.¿Qué actividades realiza?	<i>“nada”</i>	

	12.¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	<i>"no sé"</i>	
	13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	<i>"no sé"</i>	
Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	<i>"no sé"</i>	
	15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	<i>"ciclotimia, yo mismo me trato a mí"</i>	
Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	<i>"he estado en tratamiento en psiquiatría, yo soy psiquiátrico, me receto clonazepam, risperidona y fluoxetina"</i>	
Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	<i>"no sé"</i>	
Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	<i>"mucha influencia"</i>	
	19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	<i>"salir de acá"</i>	
Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	<i>"especialmente la injusticia, más que nada, no hay justicia"</i>	
	21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?	<i>"no sé"</i>	
Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	<i>"trafico"</i>	
Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	<i>"no sé"</i>	
Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	<i>"nada"</i>	
	25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	<i>"no sé"</i>	
	26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	<i>"nada"</i>	

Fuente: elaboración propia

Tabla 73. CASO 17. Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Nombre del paciente (codificado) : PSM-26
Expediente legal N° : 6240-2016-0
Materia : Tráfico Ilícito de Drogas - Inimputable
Diagnóstico psiquiátrico : F19.2 Dependencia de múltiples sustancias psicoactivas
 F60.2 Trastorno disocial de personalidad
Fuentes de información : Sentencia Judicial, Oficios Judiciales, Oficios del INPE, Informe Psiquiátrico del IML

Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis Emergentes
Antecedentes psiquiátricos personales	<p><i>"...Protocolo de pericia Psiquiátrica... con diagnóstico "Trastorno psicopático afectivo descompensado, Consumo dependiente de sustancias psicoactivas múltiples, requiere tratamiento medico especializado por psiquiatría, requiere supervisión por persona o institución responsable"..."</i></p> <p>Informe Psiquiátrico Establecimientos Penales: <i>"1.-Trastorno psicótico afectivo descompensado 2.- Consumo dependiente de sustancias psicoactivas múltiple"</i></p>	
Antecedentes psiquiátricos familiares		
Enfermedades físicas		
Delito	Tráfico Ilícito de Drogas	
Circunstancias del delito	<p><i>"...Posesión de Drogas Tóxicas, Estupefacientes o Sustancias Psicotrópicas..."</i></p> <p><i>"...la posesión de droga con fines de tráfico, droga consistente en clorhidrato de cocaína y metanfetamina en cantidades que superan los límites para el consumo o la microcomercialización..."</i></p> <p><i>"...administrador del hotel... declaro "me di cuenta que estaba registrado con otro nombre, pero creo que era un pasaporte alemán y como el hostel es de cultura israelí, le dije a la embajada que tenía una persona con un pasaporte falso"..."</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad
Particularidades del proceso judicial	<p><i>"A la solicitud de la defensa de que se declare inimputable al acusado, opina que se declare improcedente, sin embargo solicita que se le imponga una medida de seguridad para su tratamiento."</i></p> <p><i>"La defensa plantea la inocencia de su defendido así como su inimputabilidad, solicitando se le imponga una medida de seguridad"</i></p> <p><i>"...perito psiquiatra... refiriendo que, no se puede determinar la data de la psicosis afectiva, porque su evaluación es clínica, hubiera sido necesario para ello contar con una historia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Criterios para la determinación de la duración de la medida de seguridad • Contradicción en el manejo legal de la inimputabilidad

	<p><i>clínica donde se ubique la aparición de los síntomas... al ser preguntado, si a la fecha de los hechos... el evaluado presentaba estas condiciones de salud? Dijo que no podría determinar por carecer de un documento que contenga esta información, como sería una historia clínica o información de familiares, siendo por ello su examen “tangencial”. Sin embargo señaló también que la psicosis tipo afectiva diagnosticada al acusado, es genética, cuyos síntomas pasan desapercibidos en la niñez, haciéndose notorios en la juventud y se hace mucho más notorio en la edad adulta, teniendo dos etapas, hasta tres, siendo la que manifiesta los síntomas más ostensibles en la etapa maniaca, observa comportamientos que pueden comprometer la seguridad de las personas y trasgredir las normas, se llega a exacerbar con el consumo de drogas. Siendo por ello recomendable en su caso que se reciba un tratamiento especializado y tenga una supervisión.”</i></p> <p><i>“El contenido de las fuentes de prueba antes reseñadas nos informan sobre la conducta delictiva del acusado así como de sus facultades mentales... no obstante se ha percibido también del análisis de sus declaraciones prestadas en las diferentes etapas del proceso, una lucidez que se ha permitido hilvanar sus ideas con coherencia, diseñando su estrategia de defensa...”</i></p> <p><i>“...la defensa del acusado, planteo durante los debates orales la inimputabilidad de su defendido, alegando que la pericia psiquiátrica que se le ha practicado, la que ha sido ratificado por el perito psiquiatra, ha determinado que padece de una psicosis que no le permite apreciar la realidad, enfermedad que se hace más evidente a partir de los 20 años y se exagera con el consumo de drogas, siendo el caso de su defendido.”</i></p> <p><i>“La representante del Ministerio fiscal y de la Procuraduría Pública... opinaron a su vez, que se declare infundado el pedido pues no se ha determinado que la psicosis de tipo afectivo diagnosticado al acusado el presente año, estuviera presente en la fecha de los hechos dos años atrás, por tanto, no habiéndose demostrado su incapacidad de percepción de la realidad o de estar privado de discernimiento a la fecha de los hechos, debe rechazarse la incidencia planteada.”</i></p> <p><i>“Precisados estos conceptos a la luz de la doctrina, debemos evaluar si la Ciclotimia diagnosticada al acusado... se ubicaría en alguno de los supuestos antes señalados, y si esta produciría una grave alteración de la conciencia, que afectan gravemente su concepto de la realidad, o que no posea la facultad de comprender el carácter delictuoso de su acto o para determinarse según esta comprensión”. Siendo el origen de la ciclotimia de tipo patológico corporal y genético, se ubicaría en el primero de los supuestos, no obstante pasamos a evaluar la prueba actuada al respecto... El examen psiquiátrico... practicado al acusado en el establecimiento penal, concluye que el evaluado presenta: 1.-Trastorno psicopático afectivo descompensado 2.- Consumo dependiente de sustancias psicoactivas múltiples... El primer diagnóstico alude a la Ciclotimia que ha sido diagnosticada en el evaluado lo que significa que</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contradicción y confusión en el manejo de los conceptos médicos • Criterios para la determinación de la inimputabilidad • Ausencia del adecuado sistema de determinación de inimputabilidad • Inimputabilidad relativa vs inimputabilidad absoluta • Contradicción en la determinación del lugar de la medida de seguridad • Bases médico-legales para determinación del lugar de medida de seguridad como EP Luriganchó • Conocimiento inadecuado al respecto de la patología mental y su manejo médico-social por parte de administradores de justicia • Ausencia del sistema de identificación y tratamiento de las personas privadas de libertad con trastornos psiquiátricos • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de comisión del delito
--	---	--

	<p>presenta un “Trastorno psicótico de tipo afectivo, distinto a la esquizofrenia que afecta el pensamiento” y dice que está descompensado, porque el tratamiento que tiene no es suficiente... no podría afirmar si ya manifestaba la sintomatología hace dos años (fecha de los hechos); lo que no se puede determinar clínicamente...La ciclotimia, según la definición del CIE 10, es un trastorno caracterizado por una inestabilidad persistente del estado de ánimo, que implica la existencia de muchos períodos de depresión y de euforia leves...La prueba más relevante es que no ha podido responder si en el momento de su intervención... existían indicios o rasgos para estructurar o asociar su diagnóstico actual.”</p> <p>“Por estos fundamentos, no procede ampararse la solicitud de la defensa de declarar la inimputabilidad absoluta del acusado, debiendo ampararse solo de forma parcial y declarar su inimputabilidad relativa... Considerando además que el trastorno psicopático diagnosticado al acusado, pueden generar conductas peligrosas en su entorno, sumado a la necesidad de tratamiento especializado y de supervisión de una autoridad o entidad autorizada, procede imponerse una medida de seguridad a favor del acusado a fin de que se le brinde el tratamiento terapéutico que permita alcanzar su recuperación y reinserción a la sociedad”.</p> <p>“Si bien el acusado es merecedor de una medida de seguridad, se debe establecer el monto de la reparación civil que debe abonar a favor del Estado, pues su conducta en este caso responde a otro tipo de responsabilidad de tipo objetivo, en función del daño causado”</p> <p>“...Declararon improcedente el pedido de inimputabilidad... declararon inimputable relativo... dictaron la medida de seguridad de internamiento por el plazo de seis años... en un hospital del sector público nacional...”</p>	
Lugar de la medida de seguridad	Hospital Víctor Larco Herrera	
Antecedentes delictivos	“...sentencia... por delitos de Tenencia legal de municiones y contra la Fe Pública – Falsificación de documentos...”	<ul style="list-style-type: none"> • Límites de la inimputabilidad • Inadecuado manejo socio-médico-legal como factor de comisión del delito
Otros datos importantes	Negación del Hospital Víctor Larco Herrera de recibirlo. “...la precaria situación del interno en el recinto penitenciario a su cargo, pues se encuentra dominado por el consumo de drogas, degradándose como ser humano, ejerciendo conductas deleznable que atentan contra la dignidad humana...”	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato, humillaciones y abusos de los pacientes inimputables en los pabellones de los establecimientos penitenciarios

Fuente: elaboración propia

Tabla de co-ocurrencia de códigos

	Antecedentes	Antecedentes	Circunstancia	Particularidad
Aceptación de responsabilidad	n/a	n/a	n/a	5 - 0.33
Aplicabilidad de la conclusión	n/a	n/a	n/a	5 - 0.33
Ausencia de registro	1 - 0.17	n/a	n/a	1 - 0.06
Ausencia del motivo razonable	n/a	n/a	2 - 0.14	n/a
Consumo de sustancias psicoactivas	n/a	n/a	1 - 0.07	n/a
Contradicción en la determinación de la culpabilidad	n/a	n/a	n/a	5 - 0.31
Contradicción en la interpretación de la ley	n/a	n/a	n/a	10 - 0.59
Contradicción en la interpretación de la ley	n/a	n/a	n/a	2 - 0.13
Criterios de inimputabilidad	n/a	3 - 0.13	n/a	10 - 0.56
Desconocimiento de los antecedentes	n/a	n/a	n/a	2 - 0.13
Determinación del lugar del hecho	n/a	n/a	n/a	7 - 0.41
Duración de la medida de seguridad	2 - 0.18	1 - 0.05	n/a	5 - 0.28
Feminicidio	n/a	n/a	1 - 0.07	n/a
Inaccesibilidad al tratamiento	n/a	1 - 0.08	n/a	n/a
Inadecuado manejo de la enfermedad	2 - 0.14	6 - 0.33	1 - 0.04	1 - 0.04
Ineficiencia del sistema de salud	n/a	n/a	n/a	1 - 0.07
Límites de la inimputabilidad	3 - 0.10	4 - 0.11	12 - 0.41	7 - 0.20
medidas adecuadas de tratamiento	n/a	2 - 0.15	n/a	n/a
Progresión de la enfermedad	n/a	4 - 0.31	n/a	n/a
Tolerancia a la violencia	n/a	n/a	1 - 0.07	n/a
Tratamientos para trastornos	n/a	n/a	n/a	2 - 0.13

Figura 23. Tabla de co-ocurrencia de códigos (Atlas-Ti)

Fuente: elaboración propia

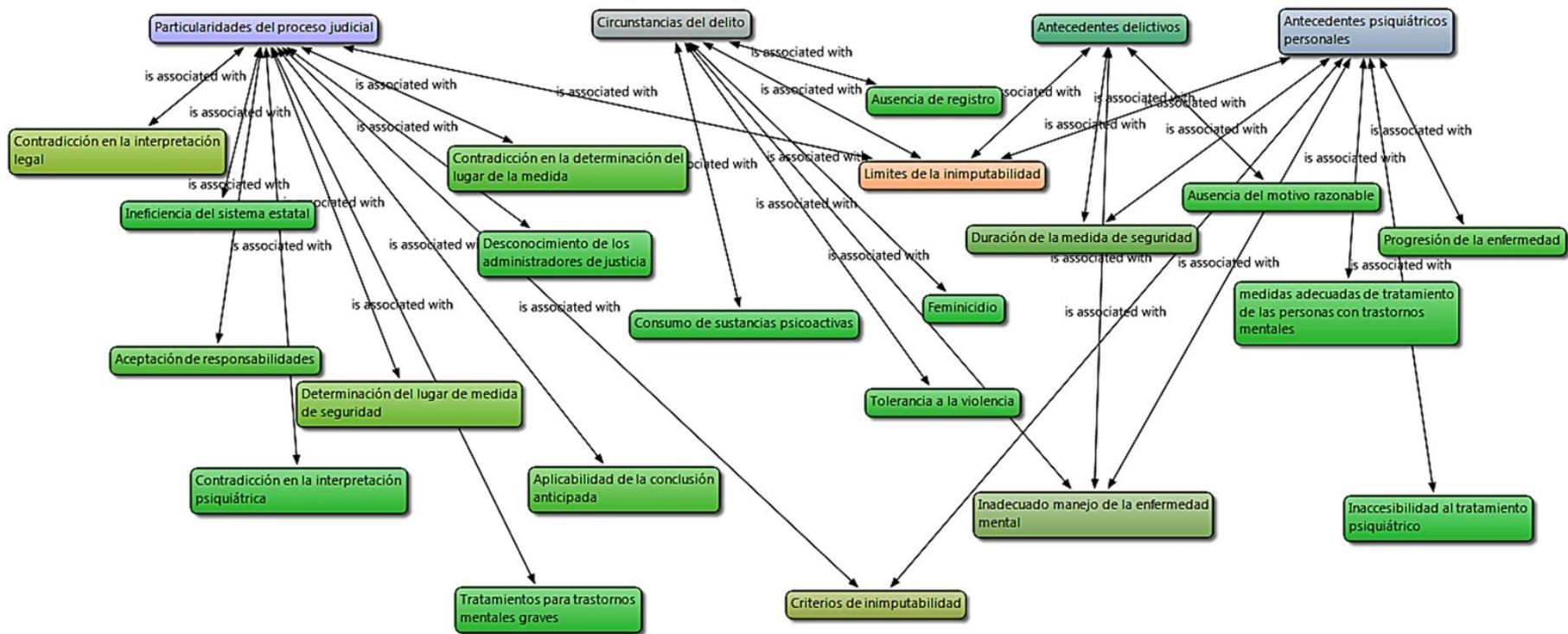


Figura 24. Matriz semántica de los resultados cualitativos (Atlas-Ti)

Fuente: elaboración propia

Del análisis de la información cualitativa emergieron las categorías y subcategorías (Tabla 74) que se detallan a continuación.

Tabla 74. Categorías y subcategorías resultantes del análisis cualitativo

Categorías y subcategorías
<p>1. Situación médico-legal de las personas inimputables</p> <p>1.1. Límites de la inimputabilidad</p> <p>1.2. Contradicciones en el manejo médico-legal de la inimputabilidad</p> <p>1.3. Contradicciones en la determinación de la duración de la medida de seguridad</p> <p>1.4. Contradicciones en la determinación del lugar de la medida de seguridad</p>
<p>2. Situación social de las personas inimputables y circunstancias que inciden en la comisión del delito</p> <p>2.1. Inadecuado manejo socio-medico-legal de la enfermedad como factor de comisión, incluyendo reiterativa, del delito</p> <p>2.2. Vivencias de los pacientes inimputables en la reclusión</p> <p>2.3. Contexto socio-familiar como factor para el inicio y progresión de la enfermedad o de la recuperación de salud y prevención del delito</p> <p>2.4. Vulnerabilidad de los pacientes para ser utilizados en los actos delictivos</p>

Fuente: elaboración propia

Categoría 1. Situación médico-legal de las personas inimputables

Una de las subcategorías emergentes fue la determinación de los límites de la inimputabilidad. En la mayoría de los procesos penales estudiados la declaración como inimputable se basó en la presencia de alguna enfermedad mental anterior a la comisión del delito y/o detectada por la pericia psiquiátrica forense durante el juicio (Casos 2, 7 y 11), pocas veces se evidenció la preocupación del juez de buscar la responsabilidad penal en función del estado mental en el momento de los hechos (Caso 15).

En algunos casos las propias características del delito (excesiva violencia, carácter absurdo de las acciones, relación directa con la sintomatología psicótica) indicaron la inimputabilidad del sujeto en el momento de la comisión del ilícito (Casos 9 y 11), sin embargo, el análisis de varios expedientes legales no evidenció que el sentenciado cumplía con criterios de inimputabilidad al realizar el acto (Casos 1, 2 y 3) sumando las propias percepciones de los sentenciados sobre los límites de la inimputabilidad (Caso 14).

Otra subcategoría emergente se refirió a las diferentes contradicciones en el manejo médico-legal de la inimputabilidad. Así, entre los procesos penales evaluados se

encontraron los que habían considerado la conclusión anticipada del juicio, renunciando de esta manera el inimputable a su inocencia y aceptando la culpa (Casos 1 y 3), o determinaron la inimputabilidad por tener el simple hecho de tener una enfermedad mental a pesar de antecedentes penales del sujeto por delitos similares (Caso 5). En otros casos la propia interpretación de los términos médicos y legales generó una confusión, resultando contradictoria (Casos 3, 6, 11, 17) o claramente contraria al Código Penal (Caso 16).

La subcategoría ligada a la anterior reveló las contradicciones en la determinación de la duración de la medida de seguridad, sin consideración de los criterios médicos resultando, por lo general, excesivamente larga (Casos 2 y 8) y discriminatoria (Caso 3), suponiendo a priori la elevada peligrosidad de la persona inimputable y ausencia del tratamiento especializado en el futuro (Casos 4, 5 y 7). Sin embargo, los pacientes inimputables en tratamiento en algunos casos llegaron a una remisión rápida y completa de su enfermedad hasta poder realizar las actividades productivas (Caso 13).

Por otro lado, se encontraron las serias contradicciones en la determinación del lugar de la medida de seguridad (Casos 2 y 8).

Categoría 2. Situación de las personas inimputables y circunstancias que inciden en la comisión del delito.

La mayoría de las personas inimputables estudiadas atribuyeron sus acciones antisociales, entre otros factores, a la ausencia y/o interrupción del tratamiento psiquiátrico y el regreso de los síntomas psicóticos. El abandono del tratamiento se debía principalmente a la inaccesibilidad de la atención especializada, limitaciones económicas, estigmatización social y ausencia del sistema de seguimiento y rehabilitación de pacientes con trastornos mentales graves incluso con antecedentes delictivos (Casos 4, 8, 9, 10, 11 y 13).

Las personas inimputables introducidas en el sistema judicial y penitenciario refirieron sufrir maltratos, humillaciones y abusos por parte tanto de los agentes policiales y penitenciarios, como de los internos (Casos 1, 12 y 13).

Los inimputables comunicaron como la disfunción familiar asociada al consumo de drogas y otros trastornos mentales graves influye en el inicio y rápido desarrollo de la patología mental (Caso 8) y consideraron que las condiciones de tratamiento dentro del sistema penitenciario son inadecuadas para su recuperación, atribuyendo el factor curativo al soporte y supervisión familiar (Caso 6). Asimismo, los pacientes opinaron que el apoyo familiar les protegería contra nuevas acciones delictivas (Casos 1 y 6).

Finalmente, las limitaciones cognitivas propias de la enfermedad mental grave permitieron que el paciente fuera vulnerable a ser utilizado para cometer los actos delictivos (Caso 1).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El propósito de la investigación realizada fue construir un modelo teórico que permitiera contextualizar y comprender la situación socio-médico-legal de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018.

La primera etapa, cuantitativa, tuvo como objetivo describir las características epidemiológicas, clínico-psiquiátricas y legales de las personas judicializadas (incluyendo inimputables). En base de los datos obtenidos podemos formular el siguiente perfil en general: varón, de mediana edad, natural de Lima, con estudios de secundaria de diferentes años, soltero, sin hijos, desempleado o con ocupación eventual, con regular o escaso apoyo social, quien padece de esquizofrenia, con antecedentes de atención psiquiátrica, cometió un delito grave (contra la libertad sexual o contra la vida, el cuerpo y la salud), sentenciado como inimputable imponiéndole medidas de seguridad de internación en el Hospital Víctor Larco Herrera o en el Área de Salud del Establecimiento Penitenciario Lurigancho por cinco años o más.

El perfil identificado en nuestro estudio coincide con lo presentado por Sindeev (2018) evidentemente por tratarse de una población muy similar, pero también con los datos de Miraval (2013) correspondientes a los pacientes inimputables del Hospital Víctor Larco Herrera del Ministerio de Salud del Perú, el hospital psiquiátrico más grande del país. Así, los datos socio-demográficos de sus pacientes eran muy similares a los de nuestro estudio. La mayoría tenía diagnóstico de esquizofrenia (70%), lo que también coincide con nuestros datos (71.4%). El segundo lugar ocuparon los trastornos mentales orgánicos (20%), mientras en nuestra investigación estos se ubicaron en el tercer lugar con el 8.6% superados por los trastornos mentales y de comportamiento debido al consumo de diferentes sustancias psicoactivas (12.4%).

Debemos agregar que en el Perú son muy escasos los estudios relacionados con la problemática de la inimputabilidad por causa de la salud mental. Se carece de las investigaciones que lograsen un abordaje integral, exhaustivo, holístico y multidisciplinario de dicho fenómeno y la comprensión de su importancia para la

sociedad actual. Así, las publicaciones mencionan solo algunos aspectos del problema desde diferente óptica: epidemiológica, médica, legal, etc.

En otras latitudes se presentan datos diversos. Así, Escobar-Echavarría, Molina-Osorio y Restrepo-Bernal (2017) en Colombia estudiaron a los 127 pacientes inimputables del Programa de Rehabilitación Integral con promedio de edad de 34 años, en su mayoría de sexo masculino, solteros, sin hijos; lo que es muy similar a los datos obtenidos en nuestra población. Alrededor del 80% de los inimputables colombianos tenía diagnóstico de espectro de la esquizofrenia siendo similar a la muestra peruana, seguido por el retardo mental (12.5%), personalidad antisocial (7%), epilepsia (1.5%) y psicosis post-parto (0.8%). En nuestro estudio el retraso mental solo alcanzó el 4.8%, y los trastornos específicos de personalidad en su conjunto sumaron el 2.9%. No hemos tenido pacientes con epilepsia. En las sentencias de la muestra colombiana predominaban los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud con el 68.5%, seguido por los delitos contra el patrimonio (11.1%) y contra la libertad sexual (8.6%); mientras en la muestra peruana los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud (35.1%) eran casi iguales a los delitos contra la libertad sexual (34.4%), dejando en el tercer lugar los delitos contra el patrimonio (16.0%). Estas diferencias, en parte, se puede explicar por diversidad la tipificación de los delitos en códigos penales de diferentes países.

Makushkin, Mokhonko y Mugantseva (2016) en base de cuarenta años de monitoreo del servicio de psiquiatría legal de Rusia reportaron que los delitos contra el patrimonio ocupaban el primer lugar entre los inimputables con el 41.0%, seguido por los homicidios (15.7%) y los delitos contra la libertad sexual (3.1%); mientras que en nuestra investigación estos datos fueron de 16.0%, 35.1% y 34.4% respectivamente. En otro estudio, Tokareva, Pritova y Buligina (2015) presentan una mayor prevalencia de esquizofrenia o trastorno esquizotípico (F20-F21) con el 61.3%, seguido por el trastorno mental orgánico (F06- F07) con el 38.7% y el retraso mental leve o moderado (F70-F71) con el 3.9%. La dependencia de múltiples sustancias psicoactivas solo fue diagnosticada al 1.9% de los inimputables. Como se ha mencionado líneas arriba, en nuestra investigación los trastornos mentales debido al consumo de sustancia se ubicaron en el

segundo lugar, dejando los trastornos mentales orgánicos y retraso mental en el tercer y cuarto lugar respectivamente. Es interesante que en el estudio de Tokareva, Pritova y Buligina (2015) en tratamiento ambulatorio estuvieran pacientes predominantemente con delitos contra el patrimonio sin violencia (57.7%), sin embargo, no se reportó drogodependencia en ellos.

Houidi, Paruk y Sartorius (2018), en Sudáfrica, en la muestra estudiada encontraron datos semejantes a nuestra investigación en dos variables sociodemográficas presentadas, como: ser predominantemente soltero (n=89; 97.8%) y desempleado (n=89, 97.80%). También los autores reportan la discapacidad intelectual en el 36.26% de sus evaluados, dicha variable no fue considerada en nuestro estudio.

La cantidad de los pacientes declarados inimputables que permanecían reclusos a finales del año 2018 (n=75), representó 0.8% de todos los privados de libertad en el Perú (n=90 934) y el 0.14% de todos los sentenciados (n=55 217) (Instituto Nacional Penitenciario, 2018) lo que permite sospechar un subregistro significativo con respecto a las referencias internacionales aun considerando a los pacientes con medidas de seguridad internados en los hospitales. Así, Makushkin, Mokhonko y Mugantseva (2016) reportaron la cantidad de inimputables en Rusia del 1.54% de todos los sentenciados registrados en el año 2015. Por otro lado, Escobar-Echavarría, Molina-Osorio y Restrepo-Bernal (2017) informaron la cantidad de inimputables del 0.3% de todos los reclusos en Colombia.

Al respecto de la duración de la medida de seguridad, en nuestro estudio se identificó que el 75% de las sentencias imponían el internamiento por un periodo mayor de 5 años y en el 37.5% de los casos la duración del mismo superaba los 10 años. Buravtsov (2018), en Rusia reportó solo el 5.1% de los inimputables con duración de la medida de seguridad mayor a 10 años, sin embargo, mostró la preocupación por la tendencia de prolongar los plazos de internamiento debido a los efectos negativos del mismo, como progresivo deterioro de la personalidad, deterioro somático, desadaptación familiar, laboral y social. El estudio colombiano identificó como máximo plazo de

medida de seguridad de 40 años (Escobar-Echavarría, Molina-Osorio y Restrepo-Bernal, 2017) siendo este de 35 años en nuestra investigación.

Miraval (2013), reporta el 10% de reincidencia delictiva en sus pacientes inimputables en el Hospital Víctor Larco Herrera (Lima, Perú), siendo este dato del 11.5% en nuestro estudio. Tratándose solo de los casos confirmados, podemos sospechar un mayor porcentaje de antecedentes delictivos en pacientes inimputables. Así, del 81.7% de nuestra muestra no se contaba con los datos respectivos. Mientras tanto, Tokareva, Pritova y Buligina (2015) reportan entre el 20 y el 40% de reincidencia en diversas regiones de Rusia en años diferentes. Estos datos son más cercanos a los de la muestra colombiana (29.1% de antecedentes delictivos) reportados por Escobar-Echavarría, Molina-Osorio y Restrepo-Bernal (2017).

Llama la atención que el 7.6% de los judicializados del estudio no contó con el Documento Nacional de Identidad (DNI) ni otra identificación en el sistema nacional peruano, siendo este documento la única cédula para todos los actos civiles, comerciales, administrativos y judiciales (Poder Ejecutivo, 1995) afectando de esta manera sus derechos a la identidad.

En resumen, es importante conocer las características epidemiológicas, clínico-psiquiátricas y legales de las personas con alteraciones mentales, como tipo de la enfermedad mental, por ejemplo, forma y curso de la esquizofrenia; mecanismos psicopatológicos de la comisión del delito; antecedentes judiciales y penales; sexo y edad de los pacientes; soporte socio-familiar; nivel de instrucción y empleo; estado civil; antecedentes de traumatismo encéfalo-craneano; antecedentes de consumo o dependencia de sustancias psicoactivas; antecedentes psicopatológicas familiares, para identificar los factores de riesgo de comisión de los delitos por parte de ellos (Golenkov, 2013).

La etapa cualitativa de la presente investigación tuvo cinco objetivos específicos. En función a ello, inicialmente se logró ampliar y profundizar los datos obtenidos en la fase cuantitativa mediante la caracterización de las vivencias de las personas judicializadas y la evaluación de la documentación médica y legal correspondiente.

Los hallazgos coinciden con la problemática reportada en los Informes Defensoriales encontrándose las personas inimputables en un contexto de considerable vulnerabilidad respecto a sus derechos a la libertad, salud e integridad física (Defensoría del Pueblo, 2018; Defensoría del Pueblo, 2016; Defensoría del Pueblo, 2009; Defensoría del Pueblo, 2005).

El Estado puede denominarse democrático y de derecho, si la persona y sus derechos tienen la prioridad ante otros valores sociales. Estos derechos son de vital importancia para cada ciudadano, sobre todo cuando existe el peligro de su pérdida. Uno de los factores que puede afectar los derechos de los individuos es la presencia de trastornos mentales. La estigmatización fuertemente arraigada en la sociedad de los pacientes con enfermedades mentales como peligrosos genera una limitación injustificada de sus derechos. Hasta hace poco los enfermos mentales han sido sometidos a tratos excesivamente crueles e inhumanos, incluyendo en la materia penal, lo que persiste en nuestro medio hasta la actualidad. Sin embargo, las personas con afectaciones mentales son ciudadanos con los mismos derechos, los cuales deben ser respetados. El rol fundamental del Estado es asegurar el pleno ejercicio de sus derechos y brindarles la protección adicional por constituir una población vulnerable. De la misma forma, los procedimientos legales respectivos deben priorizar el respeto de sus derechos y buscar el equilibrio con la protección del bienestar de los demás.

El aspecto de los Derechos Humanos, incluyendo derecho a la salud, es de importancia política y social sobre todo cuando se trata de grupos vulnerables. El trastorno mental se desarrolla debido a las causas internas (biológicas) y externas (sociales). La sociedad debe asumir su responsabilidad y encargarse del sujeto afectado sin descuidar los derechos de los demás ciudadanos. La atención especializada en salud mental debe ser garantizada por el Estado bajo principios de universalidad, humanismo y calidad (Pishchita, 2009).

Uno de los criterios importantes del grado de la civilización de la sociedad es el tipo del procesamiento penal y las garantías que se otorgan a las personas involucradas en el. El concepto de la inimputabilidad se encuentra en foco de interés de diferentes

especialistas, principalmente los psiquiatras y abogados penalistas. El concepto de la inimputabilidad se ha modificado durante años, de acuerdo a los cambios en sistemas penales, así como los avances de la ciencia médica.

Gonzales Campos (2006), determina la inimputabilidad a la luz de la jurisprudencia peruana e internacional, concluyendo que las causas de imputabilidad son las condiciones fisiológicas y psicológicas, madurez suficiente, ausencia de grave alteración psicológica. Mientras las causas de inimputabilidad son la enajenación, enfermedad mental permanente, diferentes tipos de la psicosis, en particular la esquizofrenia, trastorno maníaco-depresivo (bipolar), trastorno mental orgánico, retraso mental, minoría de edad, grave alteración de la conciencia. Como consecuencia, debe haber la seguridad jurídica que la persona que cometió el hecho punible no había tenido la capacidad de adecuar su conducta al derecho.

Villavicencio Terreros (1992) describe la anomalía psíquica o la perturbación psíquica morbosa como basada en los procesos psíquicos patológicos en el ámbito emocional e intelectual fuera del contexto vivencial producidos por una lesión cerebral, por ejemplo, psicosis traumáticas, psicosis tóxicas, psicosis infecciosas, etc. La grave alteración de la conciencia, en cambio, no tiene un fondo patológico y puede ser de origen fisiológico y psicológico, como: hipnosis, embriaguez, delirio febril, agotamiento, sonambulismo, emociones intensas, etc. Las alteraciones en la percepción se basan en el aspecto biológico natural, como los sentidos”. en Exp. N°6240-2016-0. A pesar, de carácter obsoleto y desactualizado de esta definición, se utiliza hasta la actualidad para sustentar decisiones judiciales sobre la inimputabilidad.

La inimputabilidad de la persona consiste en que, al momento de cometer un delito, no pudo comprender el carácter y/o peligrosidad de su acción (omisión) o controlar su conducta debido al trastorno mental crónico, trastorno mental transitorio u otra patología mental, siendo el reflejo de espejo de la imputabilidad (Bogacheva y Mironov, 2017b). Debe incluir el criterio médico (trastorno mental) y jurídico (relación obligatoria entre la patología mental y comportamiento consciente en el momento de cometer el delito). Deferentes países han mostrado algunos avances en elaboración de

los criterios diagnósticos unificados, estrategias diagnósticas y de tratamiento, coordinación entre las instituciones médicas, educativas y legales. Sin embargo, se mantiene el énfasis en la patología psiquiátrica de los infractores, con escasa o nula intervención sobre su reinserción social y mentalidad legal para prevenir los nuevos delitos (Pishchita, 2009).

Las categorías emergentes durante el análisis muestran las dificultades que representó para los operadores de justicia la determinación de la inimputabilidad entendida como alteración mental que le impidió al infractor darse cuenta de la ilicitud de sus actos en el momento de cometer el delito (Bogacheva y Mironov, 2017a; Peterson y Heinz, 2016).

La definición de las causas de la inimputabilidad previstas en el Código Penal no corresponde a los términos previstos en la CIE-10. Se debe utilizar la terminología médica internacional. Además, para la determinación de la inimputabilidad se debe tomar en cuenta no tanto el diagnóstico o el tipo del trastorno mental, sino en qué medida este trastorno condicionó la baja o nula capacidad del sujeto de comprender y controlar sus actos al momento de cometer el delito.

La determinación de la inimputabilidad la realiza el juez. Esto implica una evaluación exhaustiva de las circunstancias y contexto del acto ilícito. La pericia psiquiátrica forense en este caso se debería considerarse como una de las pruebas y se realizaría basándose en la solicitud judicial fundamentada. El contenido de la misma debe ser interpretado correctamente. La persona se declara como inimputable no en sí misma, sino solamente en relación con el hecho ilícito concreto. Los expertos deben dar la conclusión sobre el estado mental de la persona en el momento de cometer el delito, pero no podrían opinar sobre su inimputabilidad. Sin embargo, el informe debe ser suficientemente claro para el juez que no tiene conocimientos especiales en psiquiatría podría correctamente interpretarlo (Bogacheva y Mironov, 2017b; Mischenko, 2007).

Dicha determinación debe apoyarse en una rápida y completa evaluación psiquiátrica preferiblemente en condiciones de hospitalización (Houidi, Paruk y Sartorius, 2018; Bogacheva y Mironov, 2017a), lo que no se vio en la muestra estudiada.

Asimismo, las conclusiones sobre la exención de la responsabilidad penal se tomaron principalmente basándose en antecedentes psiquiátricos previos o en la enfermedad mental detectada en la evaluación psiquiátrica forense posterior. Bogacheva y Mironov (2017a), advierten que los propios peritos frecuentemente realizan conclusiones sobre la inimputabilidad del sujeto sin relación al momento de la comisión de los hechos.

Sin embargo, las evidencias internacionales advierten que hasta el 96% de los delitos cometidos por las personas con enfermedades mentales no están relacionadas con su patología (Peterson y Heinz, 2016). Por ejemplo, los delitos como robo agravado, estafa, tráfico ilícito de drogas (16.0%, 0.8%, 3.8% respectivamente en nuestra población) requieren una planificación previa y ejecución consciente (Bogacheva y Mironov, 2017a) lo que también se encontró entre los resultados del análisis documental realizado. Sin embargo, las condiciones cognitivas, afectivas o volitivas deterioradas por la patología mental pueden impedir al paciente a controlar plenamente sus actos aun sabiendo su contrariedad al derecho penal (Spasennikov y Tikhomirov, 2014). Además, se debe considerar que el paciente podría ser utilizado para cometer los actos ilícitos como figura entre los hallazgos del presente trabajo. En este caso se debe tomar en cuenta el concepto de la inimputabilidad relativa (Poder Ejecutivo, 1991), lo que no se encontró en los expedientes evaluados.

Los administradores de justicia sobreestiman las posibilidades de expertos, en la práctica no se evalúan críticamente sus conclusiones. Frecuentemente no se insiste en la determinación de la capacidad del sujeto de comprender y controlar sus actos en el momento de comisión del delito, es decir, se prioriza el criterio médico (presencia de la patología mental), olvidando del jurídico. En las sentencias judiciales a menudo no se encuentra la relación entre el estado mental del sujeto y el momento del acto ilícito. Por ejemplo, el síndrome de abstinencia dentro de la dependencia de múltiples sustancias psicoactivas (trastorno mental crónico) no afecta el aspecto cognitivo-volitivo y no exime de la responsabilidad penal. En la práctica existe una actitud no crítica hacia las conclusiones periciales. Frecuentemente la declaración de la inimputabilidad del sujeto se realiza de manera abstracta, en general, pero no en relación al momento del delito

(Bogacheva y Mironov, 2017a; Bogacheva y Mironov, 2017b; Polubinskaya, 2016; Spasennikov y Tikhomirov, 2014; Mischenko, 2007), lo que también se ha evidenciado en el presente estudio. El asunto de inimputabilidad surge solamente cuando se comete un acto contrario al Derecho Penal (delito), por ende, se debe primero demostrar la culpabilidad del acusado en materia del delito. La inimputabilidad implica las consecuencias legales, no exime de la culpa en sí, sino de la responsabilidad penal, dejando la posibilidad de aplicación las medidas restrictivas, es decir, las medidas de seguridad con fines de tratamiento y custodia.

El concepto de la inimputabilidad requiere un estudio y comprensión profunda en base de evidencias científicas.

Cada vez más personas con responsabilidad penal manifiestan trastornos mentales que influyen en sus procesos cognitivos y volitivos, determinan una capacidad reducida de prever las consecuencias de sus actos y controlarlos, es decir, juegan un rol esencial en el mecanismo de la conducta delictiva. Frecuentemente el sujeto no está privado completamente de la capacidad de comprender el carácter de sus acciones, entender sus consecuencias y dirigir las, sin embargo, esta capacidad está disminuida en comparación con la norma médico-psicológica comúnmente aceptada (Mishukov, 2017). Según la normatividad legal de diferentes países, existen deferencias conceptuales entre las personas declaradas inimputables por cometer un delito como consecuencia de su enfermedad y las personas que desarrollaron la enfermedad mental posteriormente. Adicionalmente, se determinan los inimputables relativos y pacientes con dependencia de alcohol u otras sustancias psicoactivas. En caso de las personas con trastornos mentales que no implican la inimputabilidad, el tratamiento obligatorio se debe seguir en los establecimientos penitenciarios (Pishchita, 2009).

En el Perú no contamos con la casuística de aplicación de medidas de seguridad ambulatorias, mientras en Rusia solo el 83.5% de los inimputables cumplían con medidas de seguridad de internamiento, para el 14.2% fue determinado el tratamiento ambulatorio obligatorio y al 2.4% fue recomendado el tratamiento no obligatorio (Makushkin, Mokhonko y Mugantseva, 2016). De la muestra de 114 pacientes

estudiados por Tokareva, Pritova y Buligina (2015), el 31 se encontraba en el hospital psiquiátrico con régimen especial, los 53 estaban internados en el hospital psiquiátrico común y los 30 pacientes recibían tratamiento ambulatorio.

El hecho que el acusado tenga la enfermedad mental, por sí mismo, no indica automáticamente la inimputabilidad. El aspecto fundamental para la determinación de la inimputabilidad es la comprensión que la presencia (o ausencia) del trastorno mental, por ejemplo, esquizofrenia, retraso mental, trastorno de personalidad, etc., en el acusado no indica automáticamente la exención de responsabilidad. Es indispensable determinar la influencia de este trastorno en la regulación cognitivo-volitiva de la conducta, grado de comprensión por el sujeto de las características y consecuencias sociales de sus actos y la posibilidad del control de su conducta. Las pericias psiquiátricas, como cualquier otra prueba, deben ser evaluadas en conjunto con otros materiales. Asimismo, la poca accesibilidad de la población a los servicios de salud mental, imposibilita en muchos casos contar con antecedentes psiquiátricos certeros, lo que eleva la importancia de una correcta determinación de la influencia de los aspectos mentales durante el procesos judiciales (Bogacheva y Mironov, 2017a; Bogacheva y Mironov, 2017b; Spasennikov y Tikhomirov, 2014; Mischenko, 2007).

Esto implica que debe haber claridad y uniformidad en la interpretación de los conceptos y términos médicos especializados tanto por los psiquiatras como por los juristas. Sin embargo, en afán de facilitarles a los jueces la toma de decisiones, se debe evitar una excesiva simplificación y reduccionismo teórico que podría afectar la correcta determinación de la inimputabilidad en cada caso. Por ejemplo, hasta una idéntica alteración mental en dos personas diferentes puede o no significar la inimputabilidad, debido a diversos mecanismos del comportamiento criminológico y otras circunstancias del delito. Los intentos de crear un listado de principales patologías mentales (criterio médico) que se asocian frecuentemente con la inimputabilidad fueron rechazados, aceptando el rol determinante del criterio psicológico/jurídico. Este criterio está en el punto de conexión de la psiquiatría y el derecho, su determinación es de competencia de ambas áreas del saber y es la base de su mutua comprensión. El acuerdo se logra

mediante las competencias previamente adquiridas en la materia, así como exhaustiva revisión de las condiciones y circunstancias de cada caso. Esto a veces genera un rechazo por parte de los administradores de justicia que cuestionan la subjetividad de dicha valoración buscando “pruebas más contundentes”, como el tipo de la enfermedad mental en el acusado (criterio médico) o antecedentes psiquiátricos (Tkachenko, 2017).

Ante esta situación consideramos que se deben crear las condiciones necesarias para una adecuada y oportuna pericia psiquiátrica y orientación técnica a los actores judiciales, lo que coincide con las conclusiones de los estudios internacionales en entornos con escasos recursos (Houidi, Paruk y Sartorius, 2018; Qadir, Fatima, Hussain y Menezes, 2017).

Otro aspecto importante es la determinación de la duración de la medida de seguridad que se realiza en función a la pena privativa de libertad prevista para un determinado tipo de delito (Poder Ejecutivo, 1991). Esta posición evidentemente contradice a los criterios médicos actuales, así como a la legislación sanitaria nacional que indica el carácter excepcional de la hospitalización psiquiátrica en el marco de reforma de la atención de salud mental, aspirando a un modelo de atención comunitaria y garantizando a los pacientes con trastornos mentales la defensa de sus derechos (Ley N°30947, 2019). En nuestro estudio, así como en reporte del Ministerio de Salud (2016), la mayoría de los pacientes se encontraban con alta médica reportada oportunamente al juzgado correspondiente, sin el cese de la medida de seguridad previsto en el Código Penal (Poder Ejecutivo, 1991) vulnerando gravemente su derecho a la libertad (Defensoría del Pueblo, 2018; Defensoría del Pueblo, 2016; Defensoría del Pueblo, 2009; Defensoría del Pueblo, 2005). Miraval (2013) alerta la sobrepoblación de los pacientes inimputables en el Hospital Víctor Larco Herrera a pesar de las limitaciones estructurales del mismo, y la insensibilidad de los jueces que no toman en consideración las recomendaciones médicas sobre altas de los pacientes, privando de esta manera a otros pacientes inimputables de acceso a la hospitalización y condicionado permanecer en los centros carcelarios, vulnerando el derecho a la atención de salud. Pero más crítico aún que se identificaron personas con el plazo de la medida de seguridad cumplido que

permanecían en el establecimiento penitenciario por no ordenar el juzgado su excarcelamiento. La privación de libertad de la persona con discapacidad en base de la supuesta elevada peligrosidad viola los artículos 12 y 14 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas (2008) y convierte la finalidad terapéutica-protectora (Vetoshkin, 2017) de las medidas de seguridad en discriminatoria y punitiva (Defensoría del Pueblo, 2018). Las medidas de seguridad se determinan judicialmente, están relacionadas con la restricción de la libertad, sin embargo, no deben tener la finalidad punitiva. Si bien es cierto que el aislamiento del inimputable de la sociedad busca la protección de la misma de nuevos actos antisociales, el principal objetivo sería la recuperación de salud del paciente y su propia seguridad e integridad (Pishchita, 2009).

La duración de la medida de seguridad debe determinarse exclusivamente por la dinámica de su salud mental y existencia del peligro elevado para el propio paciente o para la sociedad. Carece de sentido y viola el derecho a la libertad la práctica de determinar la duración de la medida de seguridad en función del delito cometido y la pena penal correspondiente. Asimismo, se debe considerar el contexto socio-familiar a donde se insertará el inimputable al terminar su internación para evitar el abandono de tratamiento y/o recaída en el consumo de sustancias psicoactivas, lo que evidentemente aumentaría el riesgo de nuevos hechos ilícitos. Sin embargo, el abandono familiar no debería ser el motivo suficiente para mantener a la persona con el internamiento forzado. Se debe establecer mecanismos claros de recepción y seguimiento social de los inimputables al salir de alta. Las medidas de seguridad no deben tener duración prevista a priori, pero es de vital importancia que existan mecanismos efectivos de cese de las medidas de seguridad al recibir el alta médica. De esta manera se evitarían los excesivos plazos de privación de la libertad de los pacientes inimputables.

La tercera parte de las sentencias revisadas determinó el lugar de internación por medida de seguridad en el Área de salud mental del Establecimiento Penitenciario Lurigancho que contradice al artículo 74º del Código Penal (Poder Ejecutivo, 1991) por no estar este dentro de los establecimientos psiquiátricos especializados reconocidos por

el Ministerio de Salud. Mientras tanto, el presupuesto para personas judicializadas con trastornos mentales está destinada a 15 hospitales, de los cuales 11 no reportaron a personas hospitalizadas en calidad de inimputables (Defensoría del Pueblo, 2018).

Por otro lado, en el sistema penitenciario también se encontraron inimputables con el orden judicial de internamiento en hospitales públicas y, al no ser recibidos por falta de cupos, permanecían en diferentes penales en pabellones conjuntamente con la población privada de libertad expuestos a maltratos, humillaciones y abusos como se evidencia en nuestra investigación lo que también fue reportado en numerosas oportunidades por la Defensoría del Pueblo (2018; 2016; 2009; 2005).

Las entrevistas en profundidad aplicadas en el presente estudio permitieron conocer como la enfermedad mental y posterior comisión del delito se incubaba en el contexto socio-familiar disfuncional en medio de la inaccesibilidad de la atención especializada, limitaciones económicas, estigmatización social (Peterson y Heinz, 2016). Consideramos que el principal factor que llevó al inicio y la progresión de la enfermedad mental y posterior comisión del delito es la insuficiente atención en salud mental a la población en general y ausencia del sistema de seguimiento de pacientes con trastornos mentales graves incluso con antecedentes delictivos.

Entre limitaciones del estudio debemos considerar que solo se abarcó la Región Lima, sugiriendo posteriores estudios del todo sistema penitenciario nacional. Asimismo, se tomaron en cuenta solamente las personas inimputables identificadas como tales mediante documentos judiciales, los cuales muchas veces no están disponibles, condicionando un subregistro.

Las soluciones a la problemática descrita deben gestarse de manera holística en un campo multidisciplinario con la comprensión profunda de los aspectos de la salud mental y sus manifestaciones conductuales a la luz de los valores sociales y los derechos humanos fundamentales. Urge la creación de un constructo conceptual holístico sobre las implicancias legales de los trastornos mentales con fines de su adecuado tratamiento judicial y penitenciario desde el enfoque preventivo-correctivo. Sin embargo, el problema desborda el ámbito jurídico e involucra la sociedad misma, desde la

educación, sistemas de salud, condiciones socio-económicas, aspectos culturales, entre otros debido a la multifactorialidad etiológica y complejidad patogénica de la conducta disocial.

En conclusión, los resultados de estudio permitieron contribuir a la determinación de la existencia de importantes deficiencias sociales, médicas y legales en el manejo de las personas inimputables comprometiendo sus derechos humanos fundamentales. Dichos hallazgos permiten sugerir los estudios más amplios en el campo y proponer la reorganización sistémica integral de la atención en salud mental de la población en general, y los inimputables, en particular, con la perspectiva científica interdisciplinaria y de prevención del delito.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

a. Conclusiones

1. Las vivencias de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) se caracterizan por la influencia de múltiples factores socio-económico-interpersonales desfavorables lo que les genera altos niveles de sufrimiento, afecta el curso de la enfermedad mental y expone a los problemas legales.
2. Los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) no recibieron la atención psiquiátrica oportunamente ni el seguimiento adecuado, progresando la enfermedad mental y generando las consecuencias legales.
3. Los procesos judiciales que concluyen con la imputabilidad son muy heterogéneos en sus características y fallos, debido a la carencia de criterios uniformes al respecto y a la inadecuada conceptualización de la inimputabilidad.
4. La duración de las medidas de seguridad impuestas riñe con los criterios médicos, requiriendo la actualización del Código Penal.
5. El Perú carece de un sistema psiquiátrico-forense integral para atención de las personas con trastornos mentales involucrados en hechos ilegales como a nivel de peritaje, tanto en su manejo posterior a la sentencia.
6. El paciente judicializado (inimputable) es un individuo desprotegido y discriminado a nivel social, legal y de salud, con un serio compromiso de los Derechos Humanos fundamentales.

b. Recomendaciones

1. Se requieren cambios en el Código Penal vigente para que no colisiona con la normatividad legal en materia de salud.

2. Reorganizar el sistema de atención de las personas con patología mental involucrados en delitos desde la evaluación pericial hasta su seguimiento y rehabilitación luego del alta médica y judicial.

3. Reforzar la atención en salud mental asegurando accesibilidad y sostenibilidad priorizando las poblaciones más vulnerables

4. Formular y unificar criterios médico-legales de determinación de la inimputabilidad en coordinación con los administradores de justicia.

5. Establecer un sistema intersectorial para la atención de los pacientes inimputables de manera integral y respetando sus derechos humanos fundamentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, M. J. (2010). *Introduction to essentials of forensic assessment*. En A. S. Kaufman & N. L. Kaufman (Eds.), *Essentials of Forensic Psychological Assessment* (pp.1-21). New Jersey, EEUU: John Wiley & Sons.
- Alfaro Bolaños, J., Jiménez Abarca, V. y Muñoz Hernández, J. (set, 2006). La evaluación psicológica en el ámbito forense. *Medicina Legal de Costa Rica*, 23(2), 87-93.
- Archer, R. (2006). *Forensic Uses of Clinical Assessment Instruments*. New Jersey, EEUU: Lawrence Erlbaum.
- Arraiz Martínez, G. A. (2014). Teoría fundamentada en los datos: un ejemplo de investigación cualitativa aplicada a una experiencia educativa virtualizada en el área de matemática. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 41, 19-29. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/462/984>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, 4ª ed.)*. Barcelona, España: Masson.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5 [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, sin traducción al español]*. Recuperado de <http://www.psychiatry.org/practice/dsm>
- Balcázar Nava, P., González-Arratia López-Fuentes, N.I., Gurrola Peña, G.M. y Moysén Chimal, A. (2013). *Investigación cualitativa*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Bartol, C. R. & Bartol, A. M. (2005). *Criminal Behavior: A Psychosocial Approach*. New Jersey, EEUU: Prentice Hall.
- Belous, V.G. y Martynov, E.A. (2013). *Código penal de la Federación Rusa: etapas de perfeccionamiento (1996-2013). Manual*. Arjanguelsk, Rusia.
- Bersh, A. (2013). La inimputabilidad en el derecho penal. *La Ley y la Vida*, 10(2), 18-20.
- Bogacheva, N.S. y Mironov, A.V. (2017). Sobre el estado de inimputabilidad en el Derecho Penal de Rusia. *Camino hacia la sociedad civil*, (1), 1-5.

- Bogacheva, N.S. y Mironov, A.V. (2017). Commentary on Article 21 of the Criminal Code of the Russian Federation (Doctrinal Interpretation). *Asuntos actuales de la educación y ciencia*, 1(59), 5-12.
- Bojórquez Giraldo, E., Chacón Antezana, O., Rivera Ramírez, G., Donadio, G., Stucchi Portocarrero, S., Sihuas Meza, C. et al. (2012). Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. *ActaMedPer*, 29(1): 43-55.
- Bondarev, N. (2015). Compulsory ambulant observation and treatment of mentally ill persons having committed socially dangerous actions. *Anales de la ciencia moderna y educación*, 12(102), 34-36. Recuperado de www.gramota.net/materials/1/2015/12/7.html
- Buravtsov, K.A. (2018). Características clínicas y sociales de los pacientes con largos períodos de medidas de seguridad con internamiento en el hospital psiquiátrico (Tesis doctoral).
- Cabello, V. P. (1981). *Psiquiatría forense en el derecho penal* (Vol. I). Buenos Aires, Argentina: Hammurabi.
- Camacho Morales, J., Montero Montero, D. y Vargas González, P. (2007). *La culpabilidad, teoría y práctica*. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Carbonell Mateu, J. C., Gómez Colomer, J. L. y Mengual i Lul, J. B. (1987). *Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales*. Madrid, España: Cívitas.
- Carrasco Gómez, J. J. y Maza Martín, J. M. (2003). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid, España: La Ley.
- Castellano Arroyo, M., Gisbert Calabuig, J. y Sánchez Blanque, A. (2005). *Psicosis endógenas*. En J. Gisbert Calabuig, *Medicina legal y toxicología* (pp. 1156-1165). Barcelona, España: Masson.
- Castillo González, F. (2010). *Derecho penal. Parte general (Tomo II)*. San José, Costa Rica: Editorial Jurídica Continental.
- Chan Mora, G. (2012). *La culpabilidad penal*. San José, Costa Rica: Investigaciones Jurídicas.
- Ciófalo Zúñiga, F. (jul, 1985). Del dictamen en materia psiquiátrica o psicológica forenses. *Medicina Legal de Costa Rica*, 3(2), 4-5. Recuperado de <http://www.binass.sa.cr/revistas/mlcr/v2n3/art3.pdf>

- Código Penal Alemán. (1999). En C. López Díaz (traductora), Traducción del Strafgesetzbuch (1998). Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia. Recuperado de http://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/legislacion/1_20080616_02.pdf
- Código Penal de la Nación Argentina. (2013). Recuperado de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>
- Código Penal de Austria. (2004). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de Bélgica. (2004). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de Costa Rica. (2013). San José, Costa Rica: Investigaciones Jurídicas. Recuperado de http://www.pgr.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_repartidor.asp?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=5027&nValor3=68813&strTipM=TC
- Código Penal de Dinamarca. (2001). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de España. (2013). Recuperado de http://www.ub.edu/dpenal/CP_vigente_2013_01_17.pdf
- Código Penal de la República de Estonia. (2001). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de Francia del 1810. (1947). Moscú.
- Código Penal de Francia. (2002). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de Georgia. (2002). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de Holanda. (2001). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de Japón. (2002). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de la Federación de Rusia del 1996.
- Código Penal de Noruega. (2003). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal del Perú. Decreto legislativo N°635. Libro II. Parte Especial Delitos[Internet]. Lima: Poder Ejecutivo; 1991 [citado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en: https://apps.contraloria.gob.pe/unetealcontrol/pdf/07_635.pdf
- Código Penal de Polonia. (2001). Sankt-Petersburgo.

- Código Penal de Suecia. (2000). Moscú.
- Código Penal de Suiza. (2002). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de Turquía. (2003). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de la República Federativa de Alemania (2003). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de la República de Bulgaria. (2001). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de República de Corea. (2004). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de la República de Letonia. (2001). Sankt-Petersburgo.
- Código Penal de la República de Lituania. (2002). Sankt-Petersburgo.
- Código Procesal Penal de Costa Rica. (2013). San José, Costa Rica: Investigaciones Jurídicas S.A. Recuperado de <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/codigoprocesalpenal.pdf>
- Corte Superior de Justicia de la República. Resolución Administrativa N°336-2011-PJ. Circular sobre la determinación y duración de la medida de seguridad de internación. [Internet]. Lima: Poder Judicial; 2011 [citado el 2 de febrero de 2019].
- Consejo Ejecutivo del Poder Judicial. Resolución Administrativa N°210-2018-CE-PJ. [Internet]. Lima: Poder Judicial; 2018 [citado el 2 de febrero de 2019].
- Cruz Castro, F. (1991). Psiquiatría forense e imputabilidad. El punto de vista del juez. *Medicina Legal de Costa Rica*, 1(8), 28-33.
- Decreto Legislativo que declara en emergencia y dicta medidas para la reestructuración del sistema nacional penitenciario y el Instituto Nacional Penitenciario. Decreto Legislativo N°1325. (6 de enero de 2017). *El Peruano*, 16-21.
- Decreto Legislativo que fortalece el sistema penitenciario nacional y el Instituto Nacional Penitenciario. Decreto Legislativo N°1328. (6 de enero de 2017). *El Peruano*, 32-39.
- Defensoría del Pueblo. Resolución defensorial N°019-2018/DP. Aprueban Informe Defensorial N°180-2018/DP: El derecho a la salud mental. Supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización [Internet]. Lima: El Peruano; 22 de diciembre de 2018 [citado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en:

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-informe-defensorial-n-180-2018dp-el-derecho-a-la-resolucion-no-019-2018dp-1725817-1/>

- Defensoría del Pueblo. Decimonoveno Informe Anual de la Defensoría del Pueblo, enero-diciembre 2015 [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2016 [citado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/decimonoveno-informe-anual.pdf>
- Defensoría del Pueblo. Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe Defensorial N°140 [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2009 [citado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-defensorial-140-vf.pdf>
- Defensoría del Pueblo. Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Informe Defensorial N°102 [Internet]. Lima: Defensoría del Pueblo; 2005 [citado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.defensoria.gob.pe/categorias_informes/informe-defensorial/page/9/
- Dirección General de Salud de las Personas. (2015). Oficio N°3529-2015-DGSP/MINSA, 13 de octubre del 2015. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Durand, M. y Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Cengage Learning.
- Echeburúa, E. (2002). El secreto profesional en la práctica de la Psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(120), 485-501. Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/3-secreprofe.pdf>
- Escobar-Echavarría, J., Molina-Osorio, S. y Restrepo-Bernal, D. (2017). Caracterización sociodemográfica, psiquiátrica y legal de pacientes inimputables de Colombia, 2000-2013. *Rev Colomb Psiquiat*, 46(2): 82–87.
- Fraile, P. (Mayo de 2016). Delito, castigo y utopía. Simposio llevado a cabo en el XIV Coloquio Internacional de Geocrítica “Las utopías y la construcción de la sociedad del futuro”, Barcelona, España.
- Frías Caballero, J. (1993). *Imputabilidad penal: capacidad personal de reprochabilidad ético social*. Caracas, Colombia: Livrosca.

- Goldstein, A. M. (2007). *Forensic Psychology: Emerging Topics and Expanding Roles*. New Jersey, EEUU: John Wiley & Sons. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>
- Golenkov, A.V. (2013). Socially dangerous acts of schizophrenia patients at the present stage of development. *Salud Mental*, (10), 22-26.
- Gonzales Campos, R. (2006). *Una concepción de la culpabilidad para el Perú*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos). Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/643/1/Gonzales_cr.pdf.
- González Magdalena, J. R. y Matamoros Peralta, M. (2007). *La pericia psicológica*. En Asociación de Ciencias Penales de Costa Rica, Derecho procesal penal costarricense, Tomo II (pp. 1037-1185). San José, Costa Rica: Autor.
- Gorbacheva, E.V. y Tishchenko, Y.Y. (2017). Review of the Monograph «Legal, Organizational and Psychological Grounds of Investigation of Crimes Committed by Convicts with Mental Disorders». *Asuntos actuales de la educación y ciencia*, 1(59), 13-19.
- Guevara Vásquez, I. (2012). *El Parricidio entre la infracción del deber y el feminicidio*. 1ra ed. Lima, Perú.
- Harbottle Quirós, F. (2017). Inimputabilidad, peligrosidad criminal y medidas de seguridad curativas: mitos y realidades. *Revista de la Facultad de Derecho*, 42(ene-jun), 105-131. <http://dx.doi.org/10.22187/rfd201715>
- Harbottle Quirós, F. (2012). *Imputabilidad disminuida. Hacia una redefinición de la imputabilidad e inimputabilidad (con jurisprudencia)*. San José, Costa Rica: Juritexto.
- Heilbrun, K., Warren, J., Rosenfeld, B. y Collins, S. (set, 1994). The use of third party information in forensic assessments: A two-state comparison. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 22(3), 399-406.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta ed. México: McGraw-Hill Interamericana, S. A. de C. V.
- Hernández Jiménez, N. (2015). *Trastornos mentales con sintomatología psicótica. Un estudio de la responsabilidad penal*. (Tesis de grado, Universidad Autónoma de Barcelona). Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2015/133349/TFG_nhernandezjimenez.pdf

- Hospital “Victor Larco Herrera”. (2015). *Problemática del HVLH*. Informe de la Dirección General. Presentado en Lima en la Reunión interinstitucional del 22.07.2015
- Hospital “Victor Larco Herrera”. (2019). Oficio N°488-2019-DG-HVLH/MINSA, 22 de julio del 2019. Lima, Perú: Hospital Víctor Larco Herrera.
- Houidi, A., Paruk, S. y Sartorius, B. (2018). Forensic psychiatric assessment process and outcome in state patients in KwaZulu-Natal, South Africa. *S Afr J Psychiat*, 24(0), 1-6. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1142>
- Janofsky, J., Vandewalle, M., y Rapoport, J. (1989). Defendants An Analysis Pleading Insanity: of Outcome. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 17(2), 203-211.
- Juárez López, J. (2010). Evaluación psicológica forense de la imputabilidad. En M. A. Soria Verde (Ed.), *Manual de Psicología jurídica e investigación criminal* (pp. 39-52). Madrid, España: Pirámide.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (sede Web). (2016). *Primer Censo Nacional Penitenciario registró 77 mil 86 internos en los Establecimientos Penitenciarios del País*. Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/primer-censo-nacional-penitenciario-registro-77-mil-86-internos-en-los-establecimientos-penitenciarios-del-pais-9175/>
- Instituto Nacional Penitenciario. (2014) *Población Penal inimputable según género por establecimiento penitenciario*. Unidad de Estadística, 30 de setiembre de 2014.
- Instituto Nacional Penitenciario. (2018). *Informe Estadístico Penitenciario. Diciembre 2018*. Lima, Perú: Instituto Nacional Penitenciario Recuperado de: <https://www.inpe.gob.pe/normatividad/estad%C3%ADstica/1697-informe-diciembre-2018/file.html>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2002-2010). *Estudios Epidemiológicos de Salud Mental 2002–2010*; Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Khlopina, E.S. y Mironov, A.V. (2017). Issues of Release from Punishment Due To Mental Disorder. *Asuntos actuales de la educación y ciencia*, 1(59), 63-69.
- Ley de Salud Mental. Ley N°30947. (23 de mayo de 2019). *El Peruano*, 4-12.
- Ley N° 26497. Ley Orgánica del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil. Lima: Poder Ejecutivo; 1995. Recuperado de: <https://www.reniec.gob.pe/portal/html/dni/ley26497.html>

- Ley N° 29889. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental [Internet]. Lima: Poder Ejecutivo; 2012 [citado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/ExpVirPal/Normas_Legales/29889-LEY.pdf
- Lin Ching Céspedes, R. (2002). *Psicología forense: principios fundamentales*. San José, Costa Rica: EUNED. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>
- Makushkin E. (2015). *Principales indicadores del servicio de psiquiatría forense de la Federación de Rusia en el año 2014: Revisión analítica*. Moscú: Centro Médico Científico Federal especializado en psiquiatría y adicciones V.P.Serbskiy del Ministerio de Salud de la Federación de Rusia.
- Makushkin, E.V., Mokhonko, A.R. y Mugantseva L.A. (2016). 40-year monitoring of the forensic psychiatric expert service. *Salud mental*, (8), 3-12.
- Manzanero, A. L. (2008). Introducción a la Psicología forense. En J. Collado Medina y J. L. Calvo González (Eds.), *Fundamentos de investigación criminal* (pp. 307-340). Madrid, España: Instituto Universitario 'General Gutiérrez Mellado'. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>
- Martínez Garay, L. (2005). *La imputabilidad penal: concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*. Valencia, España: Tirant lo Blanch.
- Melton, G., Petrila, J., Poythress, N. y Slobogin, C. (2007). *Psychological Evaluations for the Courts: A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers*. New York, EEUU: The Guilford Press. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>
- Ministerio de Salud del Perú. (2016). *Situación de las personas con problemas de salud mental con inimputabilidad y medidas de seguridad*. Informe de la Dirección de Salud Mental. Presentado en Lima en la Reunión interinstitucional del 17.03.2016.
- Miraval, E. (2013). Aspectos bioéticos del tratamiento de trastornos mentales con electroshock. *ActaMedPer*, 30(4): 120-123.
- Mischenko, E. (2007). Realización obligatoria de la pericia psiquiátrica forense en casos de aplicación de las medidas de seguridad para fines de tratamiento y custodia. *Anales de la Universidad Estatal de Oremburgo*, (3), 29-33.

- Mishukov, S.E. (2017). The Diminished Responsibility in the Russian Criminal Code. *Asuntos actuales de la educación y ciencia*, 1(59), 26-32.
- Muñoz Conde, F. (1998). La imputabilidad desde el punto de vista médico y jurídico penal. *Derecho Penal y Criminología*, 10(35), 27-38.
- Naciones Unidas (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
- Nesterovskaya, Y.L. (2016). *Fines del tratamiento forzoso combinado con el cumplimiento de la pena*. Conferencia presentada en el XVI-XVII Congreso internacional científico-práctico estudiantil “Foro de científicos jóvenes: Ciencias humanitarias”. Recuperado de [https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/9-10\(16\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/9-10(16).pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ª revisión, CIE-10)*. Washington, D.C., EEUU: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Nota descriptiva N°220; 2014. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (Sede Web). *Día Mundial de la Salud Mental: Expertos analizaron los nuevos desafíos que enfrenta la salud mental en las Américas, 2014*. Washington, DC: U.S. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10090%3A2014-salud-mental-analizaron-nuevos-desafios-americas&Itemid=1926&lang=es
- Oviedo Pinto, M.L. (2009). Evolución del concepto de la inimputabilidad en Colombia. *Revista VIA IURIS*, (6), 54-70. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273920944005>
- Peterson, J. y Heinz, K. (2016). Understanding Offenders with Serious Mental Illness in the Criminal Justice System. *Mitchell Hamline Law Review*, 42(2): 536-563. Available at: <http://open.mitchellhamline.edu/mhlr/vol42/iss2/3>
- Piazza, M. y Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental 2005. *RevPeruMedExpSaludPublica*, 31(1):30-38.

- Pishchita, A. (2009). The legal rules of application of forced medical measures as the limits of the current legislation of the Russian Federation. *Medichne Pravo*, 4(II), 32-39.
- Poder Ejecutivo. Decreto Supremo que aprueba la política nacional penitenciaria y el plan nacional de la política penitenciaria 2016–2020. Decreto Supremo N°005-2016-JUS. [Internet]. Lima: Poder Ejecutivo; 2016 [citado el 2 de febrero de 2019]. Disponible en:
- Polubinskaya, S.V. (2016). Assignment of Compulsory Measures of Medical Nature. *Anales del Instituto de Estado y Derecho de la Academia de Ciencias de Rusia*, (4), 173-186.
- Polubinskaya, S.V. y Makoushkina, O.A. (2014). Organizational and legal dilemmas in implementation of compulsory psychiatric outpatient observation and treatment. *Psiquiatría social y clínica*, 24(3), 90-95.
- Qadir, T., Fatima, H., Hussain, S., y Menezes R. (2017). Criminal responsibility and mental illness in Pakistan. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 97-98. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30447-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30447-3)
- Real Academia Española (sede Web). [citado el 2 de febrero de 2019]. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=LcncIBc>
- Ríos Sánchez, W. (2012). Se puede justificar desde la filosofía del derecho la imposición de penas alternativas a la prisión. *Derecho y Cambio Social*, 1-12. Recuperado de www.derechoycambiosocial.com
- Riva, B. C. (2015). Ronald Dworkin y los delitos sexuales: De la filosofía del derecho a la historia del derecho. X Jornadas de Investigación en Filosofía, 19 al 21 de agosto de 2015, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4129/ev.4129.pdf
- Roxin, C. (1997). *Derecho Penal. Parte General. Tomo I*. Madrid, España: Editorial Civitas.
- Ruiz García, A. (2015). *Código de Ejecución Penal y su reglamento. Decreto legislativo N°654. Decreto Supremo N°193-2007-JUS*. Lima, Perú: Editor, impresor y distribuidor MV Fenix E.I.R.L.
- Sánchez, J. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *RevAsocEsp Neuropsiq.*, XXI(78), 139-153.

- Saborío Valverde, C. (2005). Estrategias de evaluación psicológica en el ámbito forense. *Asociación Costarricense de Medicina Forense*, 22(1), 41-63. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152005000100004&script=sci_arttext
- Sekretareva, T.M. (2015). Means of determining the condition of insanity in administrative proceedings based on the court practice. *Aktual'niye problemy ekonomiki i prava*, (2), 248-254.
- Seoane Spiegelberg, J. L. (1992). Consideraciones sobre la pericia médico psiquiátrica en determinación de la imputabilidad. *Cuadernos de Derecho Judicial*, 17, 495-512.
- Shishkov, S.N. (2018). On subject of forensic psychiatric examination and not only (reply to Yu.S. Savenko's article). *Salud mental*, (7), 54-61.
- Sindeev, A. (2018). Perfil epidemiológico, clínico y legal de pacientes judicializados del establecimiento penitenciario Lurigancho, Lima, Perú, 2015-16. *Rev Esp Sanid Penit*; 20: 130-131.
- Sindeev, A. (2016). Trastornos mentales y delito. Una perspectiva peruana en el contexto mundial. *Revista oficial de Investigación científica: Conocimiento para el Desarrollo*, 7(1): 137-144.
- Soria Verde, M. A. (Coord.), Garrido Gaitán, E., Rodríguez Escudeiro, R. y Tejedor de Felipe, D. (2006). *Psicología jurídica: Un enfoque criminológico*. Madrid, España: Delta. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>
- Soria Verde, M. A. (2010). *Manual de Psicología jurídica e investigación criminal*. Madrid, España: Pirámide.
- Spasennikov, B.A. (2015). Aspectos médico-legales de la inimputabilidad en la legislación extranjera. *Derecho médico*, (6), 26-30.
- Spasennikov, B.A. y Tikhomirov, A.N. (2014). On the issue of medical criteria of insanity. *Anales del Instituto: Crimen, castigo, resocialización*, 1(25), 7-12.
- Tatyanina, L.G. (2011). The forms of legal procedure about the application of forced measures of medical nature in the criminal process. *Anales de la Universidad Estatal de Oremburgo*, 3(122), 143-145.
- Tatyanina, L.G. (2012). Cese del proceso penal en contra del sujeto con necesidad de medidas de seguridad (cuestiones en discusión). *Anales de la Universidad Estatal de Oremburgo*, 3(139), 196-198.

- Tokareva G.M., Pritova E.B. y Buligina V.G. (2015). Social and pathopsychological treats of mentally ill with different level of social dangerousness. *Psikhologiya i pravo [Psychology and Law]*, 2: 41-52. Available at: http://psyjournals.ru/files/77054/psyandlaw_2015_2_Tokareva.pdf
- Tribunal Constitucional. *Sentencia del Exp. N.º03426-2008-PHC/TC (26 de agosto de 2010)*. Recuperado de <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2010/03426-2008-HC.html>
- Tribunal Constitucional. *Sentencia del Exp. N.º04007-2015-PHC/TC (27 de junio de 2019)*. Recuperado de
- Tooba Fatima Qadir, H. F. y Syed Ather Hussain, R. G. M. (2017). Criminal responsibility and mental illness in Pakistan. *The Lancet Psychiatry*, 4: 97-8.
- Urquiza Olachea, J. (2014). Código Penal, 2da ed. esp., Tomo I. Lima, Perú: Fondo editorial Asociación de la Universidad Privada San Juan Bautista.
- Urra, J. (2007). Dilemas éticos de los psicólogos jurídicos. *Anuario de Psicología Jurídica*, 17, 91-109.
- Urruela Mora, A. (2004). *Imputabilidad penal y anomalía o alteración psíquica*. Granada, España: Comares.
- Velásquez, A. (2009). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 26(2): 222-231.
- Vetoshkin, S.A. (2017). Institute of other measures of a criminally-legal nature: problems and prospects. *Matters of Russian and International Law*, 7(12A), 111-125.
- Villa Stein, J. (1997). *Derecho Penal. Parte General*. 2da ed. Lima, Perú.
- Villavicencio Terreros, F. (1992). Código Penal. Lima, Perú: Cultural Cuzco Editores.
- Weiner, I. B. (2003). The assessment process. En J. R. Graham, J. A. Naglieri & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of Psychology, Assessment Psychology* (pp. 3-25). New Jersey, EEUU: JohnWiley & Sons. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>

ANEXOS Y APENDICE

Anexo 1 Matriz de Consistencia Lógica y de Operacionalización

TITULO: La situación socio-médico-legal de las personas judicializadas en el Perú, 2014-2018.						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES (Fase cuantitativa)	CATEGORÍAS (Fase cualitativa)	INSTRUMENTO	METODOLOGÍA
<p>Problema General ¿De qué manera puede contextualizarse y caracterizarse la situación socio-médico-legal de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018?</p>	<p>Objetivo General Construir un modelo teórico que permita contextualizar y comprender la situación socio-médico-legal de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018.</p>	<p>Hipótesis General La parte cuantitativa es de nivel descriptivo, por lo tanto, no tiene hipótesis.</p> <p>La hipótesis de la parte cualitativa emergió durante el proceso de investigación y es derivada de los resultados obtenidos:</p> <p>Los profundos cambios del sistema de la atención en salud mental en el contexto nacional incluyendo, entre otros aspectos, la creación de un mecanismo integral, sólido y sostenible para la atención, peritaje, tratamiento, rehabilitación y resocialización de las personas con trastornos mentales que cometen actos ilícitos; actualización del Código Penal y otra normatividad legal correspondientes; así como la consideración de los aspectos sociales, médicos y legales que inciden en la comisión del delito, permitirá la disminución de la incidencia delictiva, justa y objetiva determinación de la inimputabilidad y el manejo adecuado de este grupo poblacional respetando sus Derechos Humanos fundamentales.</p>	<p>V1. Características socio-demográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Procedencia • Grado de instrucción • Ocupación fuera del EP • Estado Civil • Número de hijos • Soporte familiar <p>V2. Características médico-legales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delito cometido • Situación jurídica • Duración de la medida de seguridad en caso de inimputables • Lugar de la medida de seguridad determinado por el juez • Antecedentes delictivos <p>V3. Características clínico-psiquiátricas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico psiquiátrico • Antecedentes psiquiátricos 	<p>C1. Vivencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivencias antes de hospitalización • Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal • Situación familiar • Aspecto personal • Orden y disciplina • Relaciones Interpersonales • Pasatiempo • Relaciones con su salud y situación legal <p>C2. Problemática médico-legal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes psiquiátricos personales • Antecedentes psiquiátricos familiares • Enfermedades físicas • Delito • Particularidades del proceso judicial • Lugar de la medida de seguridad • Conciencia de la enfermedad mental • Percepción de su enfermedad • Percepción de su situación legal • Otros datos importantes <p>C3. Circunstancias que inciden la comisión del delito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Circunstancias del delito • Antecedentes delictivos • Conciencia de hechos ilícitos cometidos • Proyección a futuro 	<p>1. Fase cuantitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos de elaboración propia validada por el juicio de expertos <p>2. Fase cualitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de observación no experimental de elaboración propia validada por el juicio de expertos cuyo formato se construye luego de la inmersión inicial • Guía de entrevista en profundidad semiestructurada de elaboración propia validada por el juicio de expertos • Ficha de recolección de datos de elaboración propia validada por el juicio de expertos 	<p>Tipo y Diseño de Investigación Enfoque: mixto (cuanti-cualitativo) Nivel (alcance): descriptivo-exploratorio, explicativo Diseño: no experimental, explicativo secuencial (DEXPLIS) transversal</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph LR subgraph DEXPLIS CUAN[CUAN Descriptivo] --> CUAL[CUAL Teoría Fundamentada] end </pre> </div> <p>Población y Muestra Muestreo con relación anidada: la muestra de la fase cualitativa (n=17) representa un subconjunto de la población-muestra de la fase cuantitativa (n=131).</p> <p>1. Fase cuantitativa: La población y muestra de la fase cuantitativa del estudio se compuso por todos los pacientes judicializados (n=131) identificados como tal en el sistema penitenciario del Perú, según los datos recopilados durante el período 2014-2018. Tipo de muestra: no probabilística.</p> <p>2. Fase cualitativa: La muestra de la fase cualitativa fue representada por 18 casos hasta la saturación de categorías. Tipo de muestra: no probabilística; diversa (de máxima variación).</p> <p>Técnicas e Instrumentos de recolección de datos Técnicas de recolección de datos:</p> <p>1. Fase cuantitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis documental <p>2. Fase cualitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación no experimental • Entrevista en profundidad semiestructurada (historias de vida) • Análisis documental <p>Fuentes de datos:</p> <p>1. Fase cuantitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secundaria (documentos médicos y legales) <p>2. Fase cualitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria (pacientes) • Secundaria (documentos médicos y legales) <p>Instrumento de recolección de datos:</p> <p>1. Fase cuantitativa:</p>
<p>Problemas Específicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las características socio-demográficas, clínico-psiquiátricas y médico-legales de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú, en el período 2014-2018? • ¿Cómo pueden describirse y caracterizarse las vivencias de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018? • ¿Qué podemos aprender de la documentación médica y legal correspondiente a las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el período 2014-2018? • ¿Cuál es la problemática médico-legal de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, según los datos recopilados durante el período 2014-2018? 	<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir las características socio-demográficas, clínico-psiquiátricas y médico-legales de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú, en el período 2014-2018 (etapa cuantitativa). • Ampliar y profundizar los datos obtenidos mediante la descripción y caracterización de las vivencias de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú durante el período 2014-2018 (etapa cualitativa). • Ampliar y profundizar los datos obtenidos mediante la evaluación de la documentación médica y legal correspondiente a las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018 (etapa cualitativa). • Comprender la problemática médico-legal de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa). 					

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué circunstancias inciden la comisión del delito (incluyendo inimputables) en los pacientes judicializados en el Perú, según los datos recopilados durante el periodo 2014-2018? • ¿Qué cambios urgen en el manejo de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú? 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender las circunstancias que inciden la comisión del delito en los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa). • Proponer cambios en el manejo de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú. 			<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos 1 <p><u>2. Fase cualitativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de observación no experimental • Guía de entrevista en profundidad semiestructurada • Ficha de recolección de datos 2 <p><u>El análisis e interpretación de los resultados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadística descriptiva para los datos cuantitativos; • Codificación y análisis temático para los datos cualitativos; • Análisis combinado. <p>Se calcularon los promedios y desviación estándar (DE) de las variables continuas y frecuencias de las variables nominales (análisis cuantitativo); se desarrollaron las tipologías (un conjunto de categorías sustantivas), que luego fueron usadas para el análisis de contraste de datos (análisis cualitativo). Metainferencias de ambos análisis constituye el producto de la investigación.</p>
---	--	--	--	---

Fuente: elaboración propia

Anexo 2

Ficha de recolección de datos 1 (Fase cuantitativa) de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

Nombre del paciente (codificado): _____

Características socio-demográficas

Sexo	Masculino	1
	Femenino	2
Edad	18-29 años	1
	30-39 años	2
	40-49 años	3
	50-59 años	4
	60 años o más	5
	No hay datos	6
Procedencia	Lima Metropolitana y Callao	1
	Costa, excepto Lima y Callao	2
	Sierra	3
	Selva	4
	Extranjero	5
	No hay datos	6
Grado de instrucción	Analfabeto	1
	Primaria (diferentes años concluidos)	2
	Secundaria (diferentes años concluidos)	3
	Superior (concluida o sin concluir)	4
	No hay datos	5
Ocupación fuera del EP	Desempleado o eventual	1
	Sin preparación especial (agricultor, obrero, mecánico, chofer, vendedor, seguridad, pescador, cobrador, ayudante, etc.)	2
	Técnico	3
	Profesional	4
	Otro (PNP, EP, comerciante, estudiante)	5
	No hay datos	6
Estado Civil	Soltero(a)	1
	Casado(a)	2
	Conviviente	3
	Divorciado(a)	4
	Viudo(a)	5
	No hay datos	6
Número de hijos	Sin hijos	1
	1-2 hijos	2
	3-4 hijos	3
	5 a más hijos	4
	No hay datos	5
Soporte familiar	Ausente	1
	Deficiente	2
	Regular	3
	Bueno	4
	No hay datos	5

Características médico-legales

Delito cometido*	Homicidio simple (Título I, Cap. I, Art. 106°)	1
	Parricidio (Título I, Cap. I, Art. 107°)	2
	Homicidio calificado, incluyendo feminicidio (Título I, Cap. I, Art. 108°)	3
	Lesiones graves (Título I, Cap. III, Art. 121°)	4
	Secuestro (Título IV, Cap. I, Art. 152°)	5
	Violación Sexual (Título IV, Cap. IX, Art. 170°)	6
	Violación Sexual de menor de edad (Título IV, Cap. IX, Art. 173°)	7
	Actos contra el Pudor en menores (Título IV, Cap. IX, Art. 176°-A)	8
	Robo Agravado (Título V, Cap. II, Art. 189°)	9
	Estafa (Título V, Cap. V, Art. 196°)	10
	Tráfico Ilícito de Drogas (Título XII, Cap. III, Sec. II)	11
	Otro	12
	No hay datos	13
Situación jurídica	Procesado con medida de internamiento	1
	Sentenciado como inimputable	2
Duración de la medida de seguridad en caso de inimputables	No aplica (procesado)	1
	1-5 años	2
	6-10 años	3
	11-15 años	4
	16-20 años	5
	21-30 años	6
	>30 años	7
	No hay datos	8
Lugar de la medida de seguridad determinado por el juez	Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH)	1
	Hospital Hermilio Valdizan (HHV)	2
	Instituto Nacional de Salud Mental (INSM HD-HN)	3
	Otro hospital psiquiátrico o hospital psiquiátrico sin especificación	4
	Área de Salud Mental del INPE	5
	No hay datos	6
Antecedentes delictivos	Si	1
	No o no hay datos	2

Características clínico-psiquiátricas

Diagnóstico psiquiátrico**	Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos (F00-F09)	1
	Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19)	2
	Esquizofrenia (F20)	3
	Patología dual (Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas + Esquizofrenia)	4
	Patología dual (Trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas + Trastornos de personalidad)	5
	Trastornos esquizoafectivos (F25)	6
	Trastornos específicos de la personalidad (F60)	7
	Retraso mental (F70-F79)	8
	No hay datos	9
Antecedentes psiquiátricos	Si (tratamiento psiquiátrico antes de cometer el delito)	1
	No	2
	No hay datos	3

Nota: *Según el Código Penal peruano vigente (DL N°635 del 1991)

Nota: **Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10^{ma} revisión (CIE-10)

Fuente: elaboración propia

Anexo 3
Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

FORMATO DE REGISTRO

Nombre del paciente (codificado): _____

Lugar:		Código de registro				
Situación:						
Fecha:		Hora inicio:				
Observador:		Hora final:				
Objetivo específico:	Describir y caracterizar las vivencias de las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú durante el periodo 2014-2018 (etapa cualitativa)					
Descripción (observación directa)						
Subcategorías	Tópicos	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Aspecto personal	1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados					
	2. La postura y la marcha del paciente son adecuados					
	3. La expresión facial acorde a la situación					
Orden y disciplina	4. El paciente cumple con las actividades del servicio					
	5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias					
	6. El paciente ayuda a sus compañeros					
Relaciones interpersonales	7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores					
	8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros					
	9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas					
Pasatiempo	10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio					
	11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura					
	12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio					
Relaciones con su salud y situación legal	13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental					
	14. El paciente se preocupa por conservar su salud física					
	15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal					

Fuente: elaboración propia

Anexo 4
Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

Fecha: _____ Hora de Inicio: _____ Hora de término: _____
 Entrevistador: _____ Ambiente de realización de la Entrevista: _____

I. DATOS INFORMATIVOS:

Nombre del paciente (codificado): _____

Edad: _____ Grado de Instrucción: _____

II. INICIO:

Presentación

III. DESARROLLO

Objetivo	Subcategorías	Preguntas	Respuestas
Describir y caracterizar las vivencias de las personas judicializadas (incluyendo inimputables)	Situación familiar	1. ¿Qué parientes tiene? ¿Dónde viven? ¿A que se dedican? ¿Cómo es su relación con ellos?	
		2. ¿Tiene Ud. apoyo de su familia? ¿En qué consiste?	
		3. ¿Tiene Ud. esposa e hijos? ¿Quién se hace cargo de ellos?	
	Vivencias antes de hospitalización	4. ¿Cómo puede caracterizar su vida en pocas palabras?	
		5. ¿Está satisfecho con su vida? ¿Por qué?	
		6. ¿Cuál es la experiencia más agradable en su vida?	
		7. ¿Cuál es la experiencia más desagradable en su vida?	
	Vivencias en el servicio de psiquiatría del penal	8. ¿Cómo puede caracterizar su permanencia en el servicio de psiquiatría?	
		9. ¿Qué dificultades tiene?	
		10. ¿Cómo están sus relaciones con sus compañeros, colaboradores y el personal de salud?	
		11. ¿Qué actividades realiza?	
		12. ¿Cuál es la experiencia más agradable en el servicio?	

		13.¿Cuál es la experiencia más desagradable en el servicio?	
Comprender la problemática médico-legal de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa).	Conciencia de la enfermedad mental	14.¿Porque está en este servicio?	
		15.¿Tiene algún problema de salud física o mental? ¿Cuál es?	
	Antecedentes psiquiátricos personales	16.¿Desde cuándo tiene problemas mentales? ¿Ha recibido alguna atención médica? ¿Dónde y con qué efecto?	
	Antecedentes psiquiátricos familiares	17. ¿Algún familiar suyo sufre de alguna patología mental? ¿Cuál es? ¿Cómo esto ha afectado a Ud.?	
	Percepción de su enfermedad	18.¿Cómo influye la enfermedad mental en su vida?	
		19.¿Qué se necesita para que se pueda sanar y ser una persona normal?	
	Percepción de su situación legal	20.¿Por qué está en un penal? ¿Cuál es su situación legal?	
21.¿Sus problemas legales tienen relación con su enfermedad mental?			
Comprender las circunstancias que inciden la comisión del delito en los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa).	Conciencia de hechos ilícitos cometidos	22.¿Qué delito ha cometido? ¿Por qué? ¿En qué circunstancias?	
	Antecedentes delictivos	23.¿Ud. o sus familiares tiene antecedentes delictivos?	
	Proyección a futuro	24.¿Qué piensa hacer al salir libre?	
		25.¿Cuál es la posibilidad que vuelva a cometer un delito? ¿De qué depende esto?	
		26.¿Algo más que me quisiera comunicar?	

IV.FINAL

Agradecimiento y despedida.

Fuente: elaboración propia

Anexo 5
Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

Nombre del paciente (codificado): _____

Expediente legal N° _____

Materia: _____

Fuente de información: sentencias, oficios judiciales, informes psiquiátricos del Instituto de Medicina Legal, copias de las historias clínicas, hojas de referencia, resoluciones y oficios del Instituto Nacional Penitenciario, otros.

Objetivos	Subcategorías	Observaciones	Unidades de Análisis
Ampliar y profundizar los datos obtenidos en el etapa cuantitativa mediante la evaluación de la documentación médica y legal correspondiente a las personas judicializadas (incluyendo inimputables) en el Perú en el período 2014-2018 (etapa cualitativa).	Antecedentes psiquiátricos personales		
	Antecedentes psiquiátricos familiares		
	Enfermedades físicas		
	Delito		
	Circunstancias del delito		
Comprender la problemática médico-legal de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa).	Particularidades del proceso judicial		
	Lugar de la medida de seguridad		
Comprender las circunstancias que inciden la comisión del delito en los pacientes judicializados (incluyendo inimputables) en el Perú, 2014-2018 (etapa cualitativa).	Antecedentes delictivos		
	Otros datos importantes		

Fuente: elaboración propia

Anexo 6
La validación por expertos de la Ficha de recolección de datos 1 (Fase cuantitativa)

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos 1 (Fase cuantitativa) de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

EXPERTO 1

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			x			x			x			x			x			x
2			x			x			x			x			x			x
3			x			x			x			x			x			x
4			x			x			x			x			x			x
5		x				x		x			x			x				x
6			x			x			x			x			x			x
7			x			x			x			x			x			x
8			x			x			x			x			x			x
9			x			x			x			x			x			x
10			x			x			x			x			x			x
11			x			x			x			x			x			x
12			x			x			x			x			x			x
13			x			x			x			x			x			x
14			x			x			x			x			x			x
15			x			x			x		x			x				x
Total			44			45			44			44			45			45

Observaciones: _____

Escala de criterio

1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma


Dr. Manuel Quispe Villanueva

Experto

Grado académico

Doctor

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos 1 (Fase cuantitativa) de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

EXPERTO 2

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			x			x			x			x			x			x
2			x			x			x			x			x			x
3		x				x			x			x			x			x
4			x			x			x			x			x			x
5			x			x		x			x		x					x
6			x			x			x			x			x			x
7			x			x			x		x			x				x
8			x			x			x			x			x			x
9			x			x			x			x			x			x
10			x			x			x			x			x			x
11			x			x			x			x			x			x
12			x			x		x			x			x				x
13			x			x			x			x			x			x
14			x			x			x			x			x			x
15			x			x			x			x			x			x
Total			44			45			43			44			44			45

Observaciones: _____

Escala de criterio

1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma 
 Experto ERRO/ ALBERTO CAMERO ALVA
 Grado académico DR. EN GACCIÓN EN PSICD

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha de recolección de datos 1 (Fase cuantitativa) de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

EXPERTO 3

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			x			x			x			x			x			x
2			x			x			x			x			x			x
3			x			x			x			x			x			x
4			x			x			x			x			x			x
5			x			x			x			x			x			x
6			x			x			x			x			X			x
7			x			x			x			x			x			x
8			x			x			x			x			x			x
9			x			x			x			x			x			x
10			x			x			x			x			x			x
11			x			x			x			x			x			x
12			x			x			x			x			x			x
13			x			x			x			x			x			x
14			x			x			x			x			x			x
15			x			x			x			x			x			x
Total			45			45			45			45			45			45

Observaciones:

Escala de criterio

1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma *Norita Isabel Pérez de Navarro*
 Experto NORITA ISABEL PÉREZ DE NAVARRO
 Grado académico DOCTOR

Planteamiento de la hipótesis

H₀: Los rangos son independientes, no concuerdan

H₁: Hay concordancia significativa entre los rangos

Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Criterio de decisión

p-valor < α , Se rechaza la hipótesis nula

p-valor > α , No se rechaza la hipótesis nula

Estadística de prueba

Rangos	
	Rango promedio
Semántica	3,46
Correspondencia a los objetivos	3,59
Claridad en la redacción	3,39
Relevancia del contenido	3,46
Pertinencia de los ítems	3,52
Factibilidad de la aplicación	3,59

Fuente: elaboración propia

Estadísticos de prueba	
N	45
W de Kendall ^a	,027
Chi-cuadrado	6,111
gl	5
Sig. asintótica	,296

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

Fuente: elaboración propia

p-valor=0,027 < $\alpha=0,05$

Conclusión

SE RECHAZA la hipótesis nula, por lo tanto, **se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los jueces.**

Experto 1

N	15
W de Kendall ^a	,049
Chi-cuadrado	3,696
gl	5
Sig. asintótica	,594

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

Fuente: elaboración propia

Rangos

	Rango promedio
Semántica	3,40
Correspondencia a los objetivos	3,60
Claridad en la redacción	3,40
Relevancia del contenido	3,40
Pertinencia de los ítems	3,60
Factibilidad de la aplicación	3,60

Experto 2

N	15
W de Kendall ^a	,046
Chi-cuadrado	3,462
gl	5
Sig. asintótica	,629

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

Fuente: elaboración propia

Rangos

	Rango promedio
Semántica	3,47
Correspondencia a los objetivos	3,67
Claridad en la redacción	3,27
Relevancia del contenido	3,47
Pertinencia de los ítems	3,47
Factibilidad de la aplicación	3,67

Experto 3

No aplica

Anexo 7
La validación por expertos de la Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)

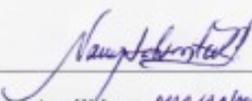
Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			X			X			X			X			X			X
2			X			X			X			X			X			X
3			X			X			X			X			X			X
4			X			X			X			X			X			X
5			X			X			X			X			X			X
6			X			X			X			X			X			X
7			X			X			X			X			X			X
8			X			X			X			X			X			X
9			X			X			X			X			X			X
10			X			X			X			X			X			X
11			X			X			X			X			X			X
12			X			X			X			X			X			X
13			X			X			X			X			X			X
14			X			X			X			X			X			X
15			X			X			X			X			X			X
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma 
Nombres y Apellidos MARIA ANTONY SOLER VILCA MANCA
Grado académico DOCTOR EN ADMINISTRACIÓN

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			✓			✓			✓			✓			✓			✓
2			✓			✓			✓			✓			✓			✓
3			✓			✓			✓			✓			✓			✓
4			✓			✓			✓			✓			✓			✓
5			✓			✓			✓			✓			✓			✓
6			✓			✓			✓			✓			✓			✓
7		✓				✓			✓			✓			✓			✓
8			✓			✓			✓			✓			✓			✓
9			✓			✓			✓			✓			✓			✓
10		✓				✓			✓			✓			✓			✓
11		✓				✓			✓			✓			✓			✓
12			✓			✓			✓			✓			✓			✓
13			✓			✓			✓			✓			✓			✓
14			✓			✓			✓			✓			✓			✓
15			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma Mariela
 Nombres y Apellidos MARILE LOZANO LOZANO
 Grado académico DRA EN ADMINISTRACIÓN

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			✓			✓			✓			✓			✓			✓
2			✓			✓		✓			✓			✓				✓
3			✓			✓		✓			✓			✓				✓
4			✓			✓			✓			✓			✓			✓
5			✓			✓			✓			✓			✓			✓
6			✓			✓			✓			✓			✓			✓
7			✓			✓		✓			✓			✓				✓
8			✓			✓			✓			✓			✓			✓
9			✓			✓			✓			✓			✓			✓
10			✓			✓			✓			✓			✓			✓
11			✓			✓		✓			✓			✓				✓
12			✓			✓			✓			✓			✓			✓
13			✓			✓			✓			✓			✓			✓
14			✓			✓			✓			✓			✓			✓
15			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma 
 Nombres y Apellidos DR. RUBEN CAMACHO ALVA
 Grado académico Dr. en Gestión y Salud

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			X			X			X			X			X			X
2			X			X			X			X			X			X
3			X			X			X			X			X			X
4			X			X			X			X			X			X
5			X			X			X			X			X			X
6			X			X			X			X			X			X
7			X			X			X			X			X			X
8			X			X			X			X			X			X
9			X			X			X			X			X			X
10			X			X			X			X			X			X
11			X			X			X			X			X			X
12			X			X			X			X			X			X
13			X			X			X			X			X			X
14			X			X			X			X			X			X
15			X			X			X			X			X			X
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma *Tamara Paul*
 Nombres y Apellidos Tamara Paul Espinoza
 Grado académico Doc. En Educación

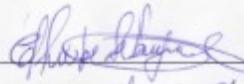
Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de observación no experimental (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			X			X			X			X			X			X
2			X			X			X			X			X			X
3			X			X			X			X			X			X
4			X			X			X			X			X			X
5			X			X			X			X			X			X
6			X			X			X			X			X			X
7			X			X			X			X			X			X
8			X			X			X			X			X			X
9			X			X			X			X			X			X
10			X			X			X			X			X			X
11			X			X			X			X			X			X
12			X			X			X			X			X			X
13			X			X			X			X			X			X
14			X			X			X			X			X			X
15			X			X			X			X			X			X
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma 
 Nombres y Apellidos Claudia M. López de Buquique
 Grado académico Doctora en Salud Pública

Validación de la Guía de observación no experimental por juicio de expertos según el coeficiente V de Aiken

	Semántica	Correspondencia a los objetivos	Claridad en la redacción	Relevancia del contenido	Pertinencia de los Ítems	Factibilidad de la aplicación	\bar{x}	Validez
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 2	1	1	0.9	0.9	1	1	0.97	Válido
Ítem 3	1	1	0.9	1	1	1	0.98	Válido
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 7	0.9	1	0.9	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 8	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 9	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 10	0.9	1	1	1	1	1	0.98	Válido
Ítem 11	0.9	1	0.9	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 12	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 13	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 14	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 15	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido

Fuente: elaboración propia

El coeficiente de Validez V de Aiken puede obtener valores entre 0 y 1. A medida que sea más elevado, el ítem tendrá mayor validez de contenido.

Para que el ítem sea aceptado o válido debe alcanzar un coeficiente “V” igual o superior a 0.81.

Guía de observación no experimental: Validez Interna

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,966	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1. El paciente tiene el aliño y el arreglo personal adecuados	45,00	138,429	,843	,963
2. La postura y la marcha del paciente son adecuados	44,27	141,781	,746	,964
3. La expresión facial acorde a la situación	45,07	141,781	,768	,964
4. El paciente cumple con las actividades del servicio	44,80	132,171	,858	,962
5. El paciente no fomenta desorden ni comete faltas disciplinarias	44,73	136,781	,722	,965
6. El paciente ayuda a sus compañeros	45,40	128,543	,895	,961
7. El paciente tiene adecuadas relaciones con el personal de salud y colaboradores	44,80	130,743	,865	,962
8. El paciente tiene buenas relaciones con sus compañeros	45,20	140,171	,805	,964
9. El paciente tiene buenas relaciones con sus familiares y visitas	44,60	140,400	,792	,964
10. El paciente participa en actividades creativas, deportivas y educacionales del servicio	45,13	133,410	,883	,962
11. El paciente en su tiempo libre se dedica a la lectura	45,47	133,838	,805	,963
12. El paciente realiza actividades productivas en el servicio	45,67	129,667	,926	,961
13. El paciente tiene conciencia de su enfermedad mental	46,13	138,124	,588	,968
14. El paciente se preocupa por conservar su salud física	45,13	138,695	,703	,965
15. El paciente afronta positivamente su enfermedad y su situación legal	46,20	132,886	,861	,962

Anexo 8
Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)
 de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			✓			✓			✓			✓			✓			✓
2			✓			✓			✓			✓			✓			✓
3			✓			✓			✓			✓			✓			✓
4		✓				✓			✓			✓			✓			✓
5			✓			✓			✓			✓			✓			✓
6			✓			✓			✓			✓			✓			✓
7			✓		✓			✓		✓		✓			✓			✓
8			✓			✓			✓			✓			✓			✓
9			✓			✓			✓			✓			✓			✓
10			✓			✓			✓			✓			✓			✓
11			✓			✓			✓			✓			✓			✓
12			✓			✓			✓			✓			✓			✓
13			✓			✓			✓			✓			✓			✓
14		✓				✓		✓			✓			✓				✓
15			✓			✓			✓			✓			✓			✓
16			✓			✓			✓			✓			✓			✓
17			✓			✓			✓			✓			✓			✓
18			✓			✓			✓			✓			✓			✓
19			✓			✓			✓			✓			✓			✓
20			✓			✓			✓			✓			✓			✓
21			✓			✓			✓			✓			✓			✓
22			✓			✓			✓			✓			✓			✓
23			✓			✓			✓			✓			✓			✓
24			✓			✓			✓			✓			✓			✓
25			✓			✓			✓			✓			✓			✓
26			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma MARILE LOZANO
 Nombres y Apellidos MARILE LOZANO LOZANO
 Grado académico DBA. EN ADMINISTRACION

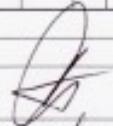
Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			✓			✓			✓			✓			✓			✓
2			✓			✓			✓			✓			✓			✓
3		✓				✓		✓			✓			✓				✓
4			✓			✓			✓			✓			✓			✓
5			✓			✓			✓			✓			✓			✓
6			✓			✓			✓			✓			✓			✓
7			✓			✓			✓			✓			✓			✓
8		✓				✓		✓			✓			✓				✓
9			✓			✓			✓			✓			✓			✓
10			✓			✓			✓			✓			✓			✓
11			✓			✓			✓			✓			✓			✓
12			✓			✓			✓			✓			✓			✓
13		✓				✓		✓			✓			✓				✓
14			✓			✓			✓			✓			✓			✓
15			✓			✓			✓			✓			✓			✓
16			✓			✓			✓			✓			✓			✓
17			✓			✓			✓			✓			✓			✓
18			✓			✓			✓			✓			✓			✓
19		✓				✓		✓			✓			✓				✓
20			✓			✓			✓			✓			✓			✓
21			✓			✓			✓			✓			✓			✓
22			✓			✓			✓			✓			✓			✓
23			✓			✓			✓			✓			✓			✓
24			✓			✓			✓			✓			✓			✓
25			✓			✓			✓			✓			✓			✓
26			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma 
 Nombres y Apellidos Edoq PLATO CAMACHO PEVA
 Grado académico Dr. en Gestión en Salud

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			X			X			X			X			X			X
2			X			X			X			X			X			X
3			X			X			X			X			X			X
4			X			X			X			X			X			X
5			X			X			X			X			X			X
6			X			X			X			X			X			X
7			X			X			X			X			X			X
8			X			X			X			X			X			X
9			X			X			X			X			X			X
10			X			X			X			X			X			X
11			X			X			X			X			X			X
12			X			X			X			X			X			X
13			X			X			X			X			X			X
14			X			X			X			X			X			X
15			X			X			X			X			X			X
16			X			X			X			X			X			X
17			X			X			X			X			X			X
18			X			X			X			X			X			X
19			X			X			X			X			X			X
20			X			X			X			X			X			X
21			X			X			X			X			X			X
22			X			X			X			X			X			X
23			X			X			X			X			X			X
24			X			X			X			X			X			X
25			X			X			X			X			X			X
26			X			X			X			X			X			X
Total																		

Observaciones:

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma

Nombres y Apellidos

Grado académico

Tamara Parib

Tamara Parib Espinoza

Ma. E. Educación

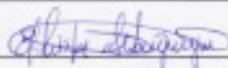
Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			X			X			X			X			X			X
2		X				X		X			X			X				X
3			X			X			X			X			X			X
4		X				X		X			X			X				X
5			X			X			X			X			X			X
6			X			X			X			X			X			X
7			X			X			X			X			X			X
8			X			X			X			X			X			X
9			X			X			X			X			X			X
10	X					X			X			X			X			X
11			X			X			X			X			X			X
12			X			X			X			X			X			X
13			X			X			X			X			X			X
14			X			X		X			X			X				X
15			X			X			X			X			X			X
16			X			X			X			X			X			X
17	X					X			X			X			X			X
18			X			X			X			X			X			X
19			X			X			X			X			X			X
20			X			X			X			X			X			X
21			X			X			X			X			X			X
22			X			X			X			X			X			X
23			X			X			X			X			X			X
24			X			X			X			X			X			X
25			X			X			X			X			X			X
26			X			X			X			X			X			X
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma 
 Nombres y Apellidos Alejandra M. López Albuqueque
 Grado académico Doctora en Salud Pública

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Guía de entrevista en profundidad semiestructurada (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			✓			✓			✓			✓			✓			✓
2			✓			✓			✓			✓			✓			✓
3			✓			✓			✓			✓			✓			✓
4			✓			✓			✓			✓			✓			✓
5			✓			✓			✓			✓			✓			✓
6			✓			✓			✓			✓			✓			✓
7			✓			✓			✓			✓			✓			✓
8			✓			✓			✓			✓			✓			✓
9			✓			✓			✓			✓			✓			✓
10			✓			✓			✓			✓			✓			✓
11			✓			✓			✓			✓			✓			✓
12			✓			✓			✓			✓			✓			✓
13			✓			✓			✓			✓			✓			✓
14			✓			✓			✓			✓			✓			✓
15			✓			✓			✓			✓			✓			✓
16			✓			✓			✓			✓			✓			✓
17			✓			✓			✓			✓			✓			✓
18			✓			✓			✓			✓			✓			✓
19			✓			✓			✓			✓			✓			✓
20			✓			✓			✓			✓			✓			✓
21			✓			✓			✓			✓			✓			✓
22			✓			✓			✓			✓			✓			✓
23			✓			✓			✓			✓			✓			✓
24			✓			✓			✓			✓			✓			✓
25			✓			✓			✓			✓			✓			✓
26			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma *[Firma]*
 Nombres y Apellidos RODRIGO SACALUSO MARCO
 Grado académico DOCTOR EN ADMINISTRACIÓN

Validación de la Guía de entrevista en profundidad semiestructurada por juicio de expertos según el coeficiente V de Aiken

	Semántica	Correspondencia a los objetivos	Claridad en la redacción	Relevancia del contenido	Pertinencia de los Ítems	Factibilidad de la aplicación	\bar{x}	Validez
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 2	0.9	1	0.9	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 3	0.9	1	0.9	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 4	0.8	1	0.9	1	1	1	0.95	Válido
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 7	1	0.9	0.9	0.9	1	1	0.95	Válido
Ítem 8	0.9	1	0.9	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 9	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 10	0.9	1	1	1	1	1	0.98	Válido
Ítem 11	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 12	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 13	0.9	1	0.9	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 14	0.9	1	0.8	1	1	1	0.95	Válido
Ítem 15	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 16	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 17	0.9	1	1	1	1	1	0.98	Válido
Ítem 18	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 19	0.9	1	0.9	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 20	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 21	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 22	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 23	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 24	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 25	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 26	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido

Fuente: elaboración propia

El coeficiente de Validez V de Aiken puede obtener valores entre 0 y 1. A medida que sea más elevado, el ítem tendrá mayor validez de contenido.

Para que el ítem sea aceptado o válido debe alcanzar un coeficiente “V” igual o superior a 0.81.

Anexo 9
Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			✓			✓			✓			✓			✓			✓
2		✓				✓			✓		✓	✓			✓			✓
3			✓			✓			✓			✓			✓			✓
4			✓			✓			✓			✓			✓			✓
5			✓			✓			✓			✓			✓			✓
6			✓			✓			✓			✓			✓			✓
7		✓				✓			✓			✓			✓			✓
8			✓			✓			✓			✓			✓			✓
9			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma *Marile Lozano*
 Nombres y Apellidos MARILE LOZANO LOZANO
 Grado académico DRA EN ADMINISTRACION

3 | Claro |

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

**Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)**

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			✓			✓			✓			✓			✓			✓
2		✓				✓		✓			✓			✓				✓
3			✓			✓			✓			✓			✓			✓
4			✓			✓			✓			✓			✓			✓
5			✓			✓			✓			✓			✓			✓
6		✓				✓		✓			✓			✓				✓
7			✓			✓			✓			✓			✓			✓
8			✓			✓			✓			✓			✓			✓
9			✓			✓			✓			✓			✓			✓
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma  _____
 Nombres y Apellidos Dr. Roberto Romano Ruiz
 Grado académico Dr. en Ciencias en Salud.

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

**Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)**

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			×			√			×			×			×			×
2			×			×			×			×			×			×
3			×			×			×			×			×			×
4			×			×			×			×			×			×
5			×			×			×			×			×			×
6			×			×			×			×			×			×
7			×			×			×			×			×			×
8			×			×			×			×			×			×
9			×			×			×			×			×			×
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma *Tatiana Paul*
 Nombres y Apellidos Tatiana Fabiana Paul Escobar
 Grado académico Dra. en Educación

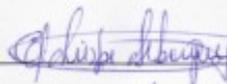
Formato de Validación del Instrumento por Expertos

Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa) de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			X			X			X			X			X			X
2		X				X		X			X			X				X
3			X			X			X			X			X			X
4		X				X			X			X			X			X
5		X				X			X			X			X			X
6			X			X		X			X			X				X
7		X				X			X			X			X			X
8			X			X			X			X			X			X
9			X			X			X			X			X			X
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma 
 Nombres y Apellidos Alonso M. Chipe Abuguay
 Grado académico Doctor en Salud Pública

Formato de Validación del Instrumento por Expertos

**Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa)
de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)**

N°	SEMANTICA			CORRESPONDENCIA A LOS OBJETIVOS			CLARIDAD EN LA REDACCIÓN			RELEVANCIA DEL CONTENIDO			PERTINENCIA DE LOS ITEMS			FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1			X			X			X			X			X			X
2			X			X			X			X			X			X
3			X			X			X			X			X			X
4			X			X			X			X			X			X
5			X			X			X			X			X			X
6			X			X			X			X			X			X
7			X			X			X			X			X			X
8			X			X			X			X			X			X
9			X			X			X			X			X			X
Total																		

Observaciones: _____

Escala de criterio	
1	Debe revisarse
2	Ambiguo
3	Claro

Firma *Nancy Salsavica*
 Nombres y Apellidos MOANS NANCY SALSAVICA MANCO
 Grado académico DOCTOR EN ADMINISTRACIÓN

Ficha de recolección de datos 2 (Fase cualitativa) de los pacientes judicializados (incluyendo inimputables)

Tabla N° 2

Validación de la Ficha de recolección de datos 2 por juicio de expertos según el coeficiente V de Aiken

	Semántica	Correspondencia a los objetivos	Claridad en la redacción	Relevancia del contenido	Pertinencia de los Ítems	Factibilidad de la aplicación	\bar{x}	Validez
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 2	0.7	1	0.8	0.9	1	1	0.90	Válido
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 4	0.9	1	1	1	1	1	0.98	Válido
Ítem 5	0.9	1	1	1	1	1	0.98	Válido
Ítem 6	0.9	1	0.8	1	1	1	0.95	Válido
Ítem 7	0.8	1	1	1	1	1	0.97	Válido
Ítem 8	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido
Ítem 9	1	1	1	1	1	1	1.00	Válido

Fuente: elaboración propia

El coeficiente de Validez V de Aiken puede obtener valores entre 0 y 1. A medida que sea más elevado, el ítem tendrá mayor validez de contenido.

Para que el ítem sea aceptado o válido debe alcanzar un coeficiente “V” igual o superior a 0.81.

Anexo 10 Consentimiento informado

Yo,..... con DNI..... doy mi consentimiento para participar en el estudio titulado “La situación socio-médico-legal de las personas judicializadas en el Perú, 2014-2018” y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

Al aceptar a participar en este estudio, deberé responder a las preguntas del entrevistador, la que tomará 40-60 minutos de mi tiempo aproximadamente.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las encuestas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera mi identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puedo ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, raza u origen étnico, podrían ser usados estrictamente para fines la investigación en la que estoy participando.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Firma del participante y fecha

Nombre del participante

Firma del Investigador

Nombre del Investigador

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, con DNI N°: _____, manifiesto de forma libre y consciente mi revocación al estudio y al consentimiento informado firmado.

Fecha: _____

PACIENTE

INVESTIGADOR